N° 26

ÉTUDE

SUR LA

PLEURÉSIE INTERLOBAIRE

AU POINT DE VUE

MÉDICAL ET CHIRURGICAL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 5 Mars 1898

PAR

Charles GIRARD

Né à Tarbes, le 29 décembre 1867

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

Ancien Hôtel de la Faculté des Sciences

M DCCC XCVIII

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON . . . . . DOYEN
HAMELIN. . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Hygiène.	MM. BERTIN-SANS.
Id. RAUZIER (Ch. du c.)	
Clinique médicale	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.	GRYNFELTT.
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	N...
Id. SARDA (Ch. du c.)	
Anatomie pathologique	N...
Id. BOSC (Ch. du c.)	

Doyen honoraire : M. MAIRET (✻).
Professeurs honoraires: MM. JAUMES, DUBRUEIL (✻), PAULET (O. ✻).

Chargés de Cours complémentaires

Clinique annexe des maladies des enfants.	MM. BAUMEL, agrégé.
Accouchements.	PUECH, agrégé.
Clinique ann des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	ESPAGNE, agr. lib.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BAUMEL	MM. LAPEYRE	MM. VALLOIS
BROUSSE	MOITESSIER	MOURET
SARDA	BOSC	DELEZENNE
LECERCLE	DE ROUVILLE	GALAVIELLE
RAUZIER	PUECH	

MM. H. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE, *président.*	MM. BROUSSE, *agrégé.*
DUCAMP, *professeur.*	SARDA, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A la Mémoire de mon Grand-Père

A la Mémoire de ma Grand'Mère

A la Mémoire de mon Père

A ma Mère

A ma Sœur et à mon Beau-Frère

A mon ami, le Docteur Ducos d'Andrest

A mes Parents

A mes Amis

CH. GIRARD.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Docteur FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CH. GIRARD.

La thèse inaugurale que nous avons l'honneur de soutenir devant la Faculté de médecine de Montpellier nous fournit l'heureuse occasion d'exprimer à notre Maître, M. le professeur Forgue, notre gratitude pour les savantes leçons qu'il nous a données et les précieux témoignages de sympathie dont il n'a cessé de nous entourer.

Venu à Montpellier à son instigation et à celle de sa famille aimée et respectée, nous avons trouvé, auprès de ce Maître éminent, un accueil cordial, les conseils les plus judicieux, un soin des plus empressés à faire notre instruction chirurgicale, et des marques toutes particulières d'intérêt, qui lui attachent notre plus profonde reconnaissance.

MM. les professeurs Ducamp, Brousse et Sarda voudront bien agréer nos remerciements pour l'honneur et le plaisir qu'ils nous font en présidant au dernier acte de notre scolarité.

Nous nous permettrons aussi d'associer dans un même hommage de gratitude respectueuse et reconnaissante tous nos Maîtres de l'École supérieure de pharmacie de Montpellier, auxquels nous devons de savantes leçons et de précieuses marques d'encouragement dans le cours de nos études.

INTRODUCTION

La localisation spéciale d'un processus phlegmasique au niveau des scissures interlobaires du poumon est chose peu commune.

La littérature médicale, si riche en exemples d'épanchements développés dans la grande cavité pleurale, n'offre que de rares observations de pleurésies se limitant, en véritables kystes séreux ou purulents, aux scissures qui divisent les lobes pulmonaires.

Cette rareté pathologique, ou plutôt la pénurie des faits colligés en la matière, a pour cause naturelle l'imprécision remarquable des symptômes et, par suite, la difficulté qu'éprouve le clinicien à poser un diagnostic ferme et concis.

Si la phlegmasie de la grande séreuse pleurale se désigne à l'observateur attentif par une symptomatologie nette et précise, la pleurésie enkystée dans une scissure se dérobe, au contraire, à l'examen, évoluant en silence avec des signes vagues ou réduits, dénués de tout caractère pathognomonique. Bien souvent, une vomique libératrice évacue un foyer interlobaire purulent, sans que le clinicien ait tiré des symptômes observés un diagnostic irrécusable ; d'autres fois, un malade

se cachectise et meurt avec un appareil symptomatique diffus, et l'examen nécropsique eût pu, seul, redresser une erreur ou préciser un diagnostic jusqu'alors incertain.

L'intérêt puissant qui s'attache naturellement à la différenciation exacte de la pleurésie interlobaire et le bénéfice considérable que l'action thérapeutique retire de la précocité du diagnostic, nous ont déterminé à entreprendre l'étude générale de cette maladie. Un diagnostic précoce est le plus sûr garant d'une thérapeutique efficace. Cette seule considération suffirait pour légitimer le choix et la direction de notre travail, si cette maladie ne se recommandait également à notre attention par la diversité remarquable des déterminations symptomatiques et les particularités mêmes du traitement qui lui est applicable.

ÉTUDE

SUR LA

PLEURÉSIE INTERLOBAIRE

AU POINT DE VUE

MÉDICAL ET CHIRURGICAL

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'histoire clinique de la pleurésie interlobaire ne date que du commencement du siècle.

Jusqu'à cette époque, les épanchements séreux ou purulents développés dans les scissures interlobaires du poumon étaient généralement confondus avec les épanchements de la grande cavité pleurale.

L'honneur revient à Bayle d'avoir, en ses remarquables « Recherches sur la phtisie pulmonaire », fait connaître cette espèce de pleurésie partielle et de l'avoir différenciée, du même coup, d'avec les inflammations et les abcès d'origine purement pulmonaire.

La description que ce judicieux auteur en donna est si nette et si précise que cette sorte d'entité morbide fut désormais créée et prit place définitive en pathologie médicale.

Quelques années plus tard, Laënnec en son immortel « Traité de l'auscultation médiate » précise le siège de l'épanchement pleural et esquisse l'anatomie pathologique de la lésion en rapport avec les données rudimentaires qui avaient cours à cette époque. Il confirme l'opinion de Bayle sur la purulence ordinaire du liquide épanché et il différencie très nettement aussi cette maladie d'avec les véritables abcès du poumon.

Après lui, Lherminier, dans ses Cliniques, relate un fait de pleurésie où l'autopsie révéla la limitation de la phlegmasie à la scissure interlobaire gauche avec coexistence d'une tuberculose pulmonaire généralisée.

Broussais et Cayol, confirmant les idées de Bayle et de Laënnec, attribuent les vomiques à l'ouverture dans les bronches non pas d'un abcès intra-pulmonaire, mais bien d'une collection enkystée dans les scissures interlobaires.

Chomel consacre quelques lignes à la description de la pleurésie interlobaire et indique les difficultés qu'éprouve le clinicien à tirer de la percussion et de l'auscultation un diagnostic précis.

Esquissant la pathogénie de cette maladie, Cruveilher avance que la pleurésie interlobaire ne serait que la conséquence d'une pleurésie généralisée de la grande séreuse et qu'elle aurait pour origine le développement préalable de tubercules pulmonaires. Cet auteur insiste, comme plus tard Monneret, sur l'imprécision des symptômes et affirme que la percussion et l'auscultation sont impuissantes à faire reconnaître cette lésion pleurale pendant la vie.

Constant publie un cas où l'autopsie démontra l'existence d'un foyer interlobaire purulent associé à une pleurésie totale siégeant du même côté.

L'existence de la pleurésie interlobaire était donc désormais établie et les doutes qu'émirent, en Angleterre, Stokes et Graves sur cette entité morbide furent bientôt réduits à néant par les remarquables recherches cliniques et anatomo-pathologiques de Trousseau et Jaccoud, qui démontrèrent l'excessive rareté des abcès purement pulmonaires et le rôle bien effacé qu'ils jouent dans la production des vomiques.

Grisolle, Béhier et Hardy, en leurs divers Traités, accordent une place à la description de la pleurésie interlobaire, dont l'existence ne fait plus de doute.

Perrier, Martinez Mesa, Martinelli, Pailhas relatent, en leurs Thèses, les observations recueillies dans le service hospitalier de leurs Maîtres et contribuent largement à éclairer la question.

Dans ces derniers temps, E. Rochard s'applique à préciser la topographie des scissures interlobaires, dont la connaissance exacte est si précieuse au point de vue thérapeutique.

Enfin, et pour terminer, ajoutons que l'on doit au professeur Potain une savante leçon où la question de la pleurésie interlobaire est mise au point et précisée relativement à son siège anatomique, sa symptomatologie et le traitement qui lui est applicable.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

L'étiologie de la pleurésie interlobaire est celle de toutes les phlegmasies pleurales en général. Il ne saurait y avoir de spécialisation de causes quand il s'agit d'une pleurésie s'enkystant dans une scissure au lieu de se généraliser à toute l'étendue de la séreuse. Dans tous les cas l'origine est la même : la symptomatologie seule diffère, plus précise dans une variété, plus réduite ou moins accentuée dans l'autre.

Localement, un traumatisme limité à la paroi thoracique ou intéressant la séreuse sous-jacente peut être l'origine d'une pleurésie interlobaire, surtout si des conditions de septicité ou de réceptivité morbide sont créées par le trauma ou réalisées par le sujet.

Un abcès froid costal est parfois susceptible d'inoculer secondairement la séreuse interlobaire.

De même, il est possible de voir un phlegmon de la paroi thoracique échauffer par voisinage une scissure déjà prédisposée aux phlegmasies par un vice congénital de résistance.

Cependant, les causes générales interviennent d'une manière beaucoup plus active. Les fièvres éruptives, la rougeole, la variole, la scarlatine surtout, sont au premier rang parmi les causes efficientes de la pleurésie interlobaire. On ne

trouvera à ce fait rien d'étonnant si l'on songe, d'une part, à la débilitation excessive qu'une maladie infectieuse imprime à l'organisme, d'autre part, à la résorption active que fait le sang des toxines microbiennes, toutes conditions qui rendent compte des ensemencements multiples et de la localisation particulière du processus septique en un diverticulum moins protégé de la séreuse pleurale.

L'état puerpéral est aussi un grand facteur de la pleurésie interlobaire, ainsi que cela ressort spécialement des observations de Trousseau, de Perrier, de Guéneau de Mussy, de Potain. Le streptocoque, dont les déterminations septiques sont si nombreuses, fait souvent de la localisation au niveau d'une scissure interlobaire, où il engendre le complexus pathologique d'une pleurésie ordinairement purulente.

La séreuse interlobaire est souvent le siège d'élection du pneumocoque de Frænkel. Au contact d'un foyer d'infection pneumococcique une inflammation pleurale se développe, lentement, insidieusement ; c'est la pleurésie interlobaire métapneumonique, variété intéressante dont Netter a donné, dans ces derniers temps, une étude magistrale.

La pleurésie interlobaire est fréquemment associée à la tuberculose pulmonaire. Lherminier, un des premiers, avait été frappé de ce fait, et dans ses Cliniques il relatait le cas d'une pleurésie interlobaire suppurée coexistant avec des tubercules miliaires disséminés dans le parenchyme pulmonaire du même côté. Y a-t-il entre ces deux affections une simple coïncidence ou bien existe-t-il entre elles un rapport de cause à effet? On serait tenté de se rallier à cette dernière opinion lorsqu'on songe à la part considérable que prend le bacille de Koch dans la production d'infections généralisées, et pour

notre part nous sommes disposé à admettre des rapports étroits de causalité bien plus que de pure coexistence.

Indépendamment de ces causes, interviennent les conditions organiques particulières que présente le sujet. Autrement dit, à côté de la question d'infection, se place la question de terrain. Toutes les causes qui débilitent l'organisme, les maladies antérieures, le surmenage, l'insuffisance de l'alimentation créent des conditions de moindre résistance qui expliquent suffisamment l'envahissement d'un diverticulum de la séreuse pleurale, peu protégé par nature ou plutôt congénitalement moins bien organisé.

CHAPITRE III

ANATOMIE

La détermination exacte de la topographie des scissures interlobaires est de la plus haute importance. La connaissance parfaite de leur siège anatomique réel et de leurs rapports spéciaux avec la paroi costale facilite singulièrement le diagnostic, en même temps qu'elle permet une intervention plus précoce et, partant, un acte opératoire plus efficace.

Bien longtemps les données ont été imparfaites et confuses sur ce point de grosse anatomie chirurgicale, et il faut arriver à 1857, époque où parut le travail de Luschka, pour trouver la première relation concise sur les scissures interlobaires et les rapports particuliers qu'elles affectent avec la paroi thoracique. Quelques années plus tard, Hermann Eichhorst réédite, sans les préciser davantage, les notions anatomiques déjà mises en lumière et applique ces connaissances encore rudimentaires au diagnostic médical. La thèse de Pailhas emprunte la description anatomique à l'œuvre de Luschka, sans y rien ajouter de nouveau.

Le récent travail de E. Rochard est venu préciser plus exactement ces notions jusqu'alors imparfaites d'anatomie topographique et contribue à éclairer ce point obscur de chirurgie pulmonaire.

Lorsqu'on étudie la configuration extérieure du poumon, on

voit que la surface présente une incisure profonde qui segmente l'organe en un certain nombre de lobes en s'étendant obliquement jusqu'au voisinage du hile. Cette scissure est simple sur le poumon gauche, lequel se trouve ainsi divisé en deux lobes, l'un supérieur, l'autre inférieur : elle se bifurque, au contraire, dans le poumon droit qu'elle décompose en trois lobes superposés et de volume différent : lobe supérieur, lobe moyen et lobe inférieur.

Cette lobulation, qui représente la normale anatomique, est sujette à de nombreuses variations ou anomalies. Dans certains cas, la scissure interlobaire droite — ordinairement bifurquée — est unique et divise le poumon en deux lobes seulement. Par contre, la scissure gauche unique peut se dédoubler et partager l'organe en trois segments. Ces anomalies affectent toutes sortes de types anatomiques. Dans quelques faits, on a noté l'absence absolue des scissures interlobaires, ce qui donnait au poumon une apparence uniforme et figurait une sorte de bloc lisse et parfaitement uni. D'autres fois, les scissures étaient multiples, et le poumon se trouvait ainsi décomposé en un certain nombre de lobules ou languettes par des sillons plus ou moins profonds qui donnaient à cet organe un aspect lamellaire, presque feuilleté.

Quoi qu'il en soit de ces diverses anomalies, intéressantes à connaître en clinique, l'origine et la direction générale des scissures interlobaires répondent à des règles anatomiques à peu près invariables.

La grande scissure — gauche ou droite — prend ordinairement naissance à six ou sept centimètres au-dessous du sommet du poumon ; de là elle se dirige obliquement en bas et en avant et se termine un peu au-dessus de la base, qu'elle intéresse même quelquefois lorsque son obliquité est très marquée. Simple pour le poumon gauche, cette scissure

se bifurque dans le poumon droit, l'une des branches continuant le trajet primitif, l'autre affectant une direction presque horizontale et se portant même un peu en haut et en avant. Ajoutons que le trajet général de la grande scissure est tel qu'il forme avec la colonne vertébrale un angle aigu de 65 degrés environ.

Les rapports de chacune des scissures avec la paroi thoracique intéressent plus directement le chirurgien. La précision de leur localisation exacte facilite le diagnostic et donne en même temps la plus grande rigueur possible à la technique opératoire. L'exposé que nous allons en faire est emprunté en grande partie au remarquable travail que M. E. Rochard a publié dernièrement dans la *Gazette des Hôpitaux*. Quelques notions préliminaires précisant d'abord la direction particulière des scissures interlobaires permettront de mieux comprendre les rapports spéciaux que chacune d'elles affecte avec la paroi costale.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, la grande scissure interlobaire gauche est unique et divise le poumon en deux lobes, suivant une ligne oblique de haut en bas et d'arrière en avant, et se portant jusqu'au bord inférieur et externe de cet organe. Son origine inférieure correspond assez exactement au cinquième espace intercostal et se trouve à une distance qui varie entre six et onze centimètres à partir de la ligne médiane du sternum. Immédiatement ascendante, cette scissure se dirige en haut et en arrière, en décrivant une sorte de ligne convexe ou en fer à cheval sur la face latérale du poumon. Elle est en rapport direct avec la face interne de la cinquième côte qu'elle croise d'ailleurs obliquement. Son point de terminaison supérieure est situé à cinq ou six centimètres au-dessous du cône pulmonaire et correspond sensiblement à la partie postérieure de la face interne de la quatrième côte. Il est plus rare de lui voir atteindre l'extrémité vertébrale de la troisième côte

que Luschka et ses élèves avaient désignée comme point de terminaison le plus ordinaire.

La grande scissure oblique droite commence dans le cinquième espace intercostal, au niveau du bord supérieur de la sixième côte, et à une distance de cinq à dix centimètres de la ligne médiane du sternum. Elle se dirige en haut et en arrière, en cotoyant la face interne de la cinquième côte, et vient se terminer, par un trajet oblique ascendant, à la partie postérieure de la face interne de cette même côte. L'obliquité de la grande scissure droite est moins prononcée que celle de la grande scissure gauche, puisque, à égalité de longueur, elle croise un moins grand nombre de côtes que cette dernière.

Quant à la scissure supérieure droite, encore appelée horizontale, son origine inférieure ordinaire est le troisième espace intercostal, au niveau du bord supérieur de la quatrième côte, à quatre ou cinq centimètres de la ligne médiane du sternum. De là, elle se dirige à peu près horizontalement en arrière et se termine en se joignant à la grande scissure oblique, au niveau de la ligne axillaire. Ajoutons que le trajet de cette scissure est sujet à de fréquentes variations individuelles et que ses rapports doivent être déterminés avec la plus rigoureuse précision, en raison de la fréquente localisation, en cet endroit, du processus phlegmasique.

Les quelques données anatomiques qui précédent permettent de se rendre suffisamment compte du trajet approximatif des scissures interlobaires et des rapports spéciaux qu'elles affectent avec la paroi costale. Synthétisant maintenant les résultats fournis par de nombreuses déterminations nécropsiques, nous dirons que, d'une manière générale, les grandes scissures obliques du poumon sont en rapport assez constant avec la face interne des sixième, cinquième ou quelquefois

quatrième côtes. La petite scissure horizontale droite a pour point de repère normal le quatrième espace intercostal.

On comprend tout le parti que peut tirer le chirurgien de la connaissance parfaite de la topographie scissuraire. La détermination préalable du trajet et des rapports des scissures interlobaires donne au diagnostic un précieux élément de distinction et permet d'appliquer à l'acte opératoire la rigueur technique désirable.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Il n'est peut-être pas de maladie qui offre un aspect clinique aussi varié que la pleurésie interlobaire. Les diverses manifestations qu'elle présente ont pour caractéristique remarquable l'indétermination des symptômes, leur défaut de signification diagnostique, en un mot la forme particulière et le cachet spécial que revêt cliniquement le processus morbide.

L'invasion est quelquefois brusque et les phénomènes peuvent être aussi marqués que dans la plus légitime phlegmasie pleurale en général. Dans d'autres cas, le début est insidieux : la maladie évolue en silence et reste pour ainsi dire à l'état latent: sa seule détermination décisive, mais tardive, est la vomique. L'évacuation, par les bronches, de la collection interlobaire vient seule redresser une erreur ou imposer un diagnostic jusqu'alors incertain.

Entre ces deux formes à débuts si variés et à caractères symptomatiques divers trouvent place toutes sortes d'intermédiaires cliniques.

Un individu de santé délicate et présentant avec des antécédents héréditaires suspects de tuberculose des phlegmasies pleuro-pulmonaires répétées, accuse depuis quelque temps un malaise plus ou moins prononcé. Il tousse fréquemment et par quintes qui aboutissent à l'expulsion pénible de quelques crachats muqueux ou glaireux. La respiration est difficile : le malade a,

comme il le dit lui-même, « l'haleine courte ». Les forces diminuent progressivement. Le teint s'altère et prend la coloration jaune terreuse spéciale à la cachexie. La peau se sèche et se ride; les sueurs deviennent profuses et apparaissent surtout pendant le sommeil. La fièvre s'installe plus ou moins régulière, mais avec exacerbation vespérale constante, présentant la plus grande analogie avec la fièvre hectique. Le malade a tout l'air d'un phtisique: malgré l'absence des signes positifs ordinaires, le diagnostic de granulie sera établi et maintenu jusqu'au moment où une vomique subite évacuera au dehors une certaine quantité d'un liquide de nature particulière.

D'autres fois, et c'est le cas le plus ordinaire, le tableau clinique est assez différent: les symptômes se précisent et acquièrent, dès le début de la maladie, une prédominance significative.

A la suite d'un refroidissement, ou bien sans cause appréciable, un individu est pris de frissons, de fièvre, de douleurs thoraciques plus ou moins violentes. L'oppression est vive, la dyspnée très marquée. La palpation indique dans certains cas une augmentation des vibrations thoraciques. La percussion révèle l'existence d'une zone de matité affectant une forme particulière. L'auscultation, pratiquée dès le début de la maladie, peut déceler la présence de frottements, de bruits de souffle, etc. Ce sont bien là des signes évidents et non équivoques d'une phlegmasie pleurale en voie d'évolution. L'analyse raisonnée de chacun des phénomènes observés, leur groupement synthétique suivant leurs diverses indications séméiologiques va nous permettre de dégager, d'une symptomatologie encore un peu confuse, les éléments essentiels d'un diagnostic rigoureusement précis.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, les frissons et la fièvre annoncent le début de la maladie.

Les frissons varient beaucoup comme intensité suivant les cas pathologiques. Leur acuité est quelquefois aussi marquée que celle qui caractérise la période d'invasion d'une phlegmasie pleurale de la grande cavité ; le plus ordinairement ils sont beaucoup moins violents : ils consistent en simples horripilations, en frissonnements erratiques qui parcourent les diverses parties du corps et se répètent plusieurs fois dans la journée et à des intervalles plus ou moins réguliers.

La fièvreest le corollaire obligé du symptôme précédent. La température atteint fréquemment 39 ou 40°, principalement le soir. Les rémissions matinales sont assez nettement accusées et le retour au type à peu près normal est la règle ordinaire. Par analogie avec ce que nous observons dans les cas de pneumonie franche aiguë, nous concevons la possibilité d'une élévation de température de la paroi thoracique qui correspond à la séreuse pleurale phlegmasiée.

Le point de côté est fréquent, mais non constant, et constitue dans beaucoup de cas un élément précieux pour le diagnostic. Il siège habituellement, d'après M. Potain, vers l'angle inférieur de l'omoplate : dans d'autres cas, au niveau de l'articulation scapulo-humérale, et déroute souvent le clinicien, qui croit, un moment, à une invasion rhumatismale des plus franches. D'autres fois, la douleur occupe les parties latérales du thorax ; elle s'irradie en demi-ceinture, suivant un espace intercostal, le plus ordinairement le cinquième ou le sixième, et présente, comme caractère remarquable, un redoublement d'exaspération au niveau ou au-dessous du mamelon.

La douleur est éminemment variable comme intensité. Tantôt elle est facilement supportable, et le sujet accuse simplement une gêne thoracique ; tantôt elle devient plus âcre, pongitive, lancinante, mordicante. Elle augmente à chaque mouvement d'inspiration que fait le malade, à chaque secousse de toux. Dans certains cas, sa violence était telle qu'elle a pu suspen-

dre un moment les mouvements respiratoires et réaliser l'appareil symptomatique de la syncope. Sa durée est d'ailleurs assez limitée : il est ordinaire de la voir s'apaiser ou disparaître dans les premiers jours qui suivent l'invasion de la maladie.

La toux est un phénomène constant mais peu caractéristique de la maladie. Elle est fréquente, ordinairement sèche, quelquefois cependant accompagnée d'expectoration glaireuse ou muqueuse, surtout lorsque l'élément catarrhal pulmonaire vient se joindre à l'élément phlegmasique pleural. Elle revient par accès, par quintes : elle est réveillée ou accrue par les moindres causes et sous les influences les plus insignifiantes : ingestion d'aliments ou de boissons froides, mouvements ou déplacements imprimés au thorax.

La dyspnée est plus ou moins marquée et quelquefois en rapport direct avec l'acuité du processus phlegmasique. Son intensité est alors liée à l'abondance de l'épanchement pleural, à la compression qu'il exerce sur les tissus nobles du voisinage. Cette dyspnée peut durer longtemps et ne disparaître qu'au déclin même de la maladie. Elle est cependant plus accentuée à la période d'invasion qu'à la période d'état, fait que l'on ne saurait attribuer qu'à la participation bien évidente de l'élément nerveux. — Il est juste de reconnaître que l'intensité de la dyspnée n'est pas fatalement liée à l'acuité du processus morbide. La dyspnée n'est pas un indice absolu d'abondant épanchement pleural ; elle ne donne aucune notion exacte sur la quantité de liquide purulent ou sur la gravité de la maladie. Tel sujet sera dyspnéique à l'excès, et la pneumotomie évacuera à peine quelques grammes d'un liquide purulent; tel autre présentera un rythme respiratoire à peu près normal, alors que l'épanchement atteindra 300 ou 400 grammes. La dyspnée est donc un signe parfois infidèle et qui ne saurait servir de base essentielle au diagnostic.

L'économie tout entière ressent, dès le début de la maladie, le contre-coup de l'envahissement phlegmasique interlobaire.

Les fonctions digestives sont les premières atteintes. L'appétit diminue dès les premiers jours et ne tarde pas à disparaître. La langue est saburrale, la soif vive, les digestions sont pénibles. Dans certains cas, on observe des nausées ou des vomissements, lesquels persistent souvent avec une ténacité désespérante. La diarrhée intervient fréquemment, surtout dans la période ultime et cachectique de la maladie.

La transpiration s'établit dès la période d'invasion. L'état de moiteur de la peau est continuel et s'accentue surtout la nuit, sous la forme de sueurs profuses qui inondent littéralement le malade et peuvent créer de sérieux embarras au clinicien, lequel induit à tort, de ce signe, la possibilité d'évolution d'un processus tuberculeux à forme plus ou moins anormale.

La conséquence naturelle de ces déterminations morbides est la dépréciation organique précoce. L'amaigrissement survient et fait de rapides progrès. Le teint du malade s'altère et prend une coloration pâle, jaunâtre, terreuse même, analogue à celle que l'on observe chez les individus en proie à l'infection septique. Les forces diminuent peu à peu : l'anhélation devient extrême. Si l'on n'intervient bientôt pour vider, assainir et drainer la poche qui donne du pus, c'est la cachexie qui se prépare, avec, comme corollaire naturel, un dénouement ordinairement fatal.

Dans quelques cas — assez rares, à la vérité — le tableau clinique est tout entier contenu dans cette expression symptomatique générale. La palpation, la percussion, l'auscultation du thorax sont muettes ou ne révèlent que des signes confus et dénués du moindre caractère pathognomonique. C'est ce qui arrive dans les cas d'épanchement interlobaire peu abondant ou profondément enkysté entre les lobes pulmonaires. Rien ne

met alors sur la voie du diagnostic : ni la modification des vibrations thoraciques, ni la forme de la matité, ni la perception de bruits respiratoires anormaux. Le clinicien hasarde un diagnostic par exclusion. Dans tous ces cas de symptomatologie fort réduite, la vomique constitue le seul critérium de la pleurésie interlobaire.

Néanmoins, il est juste de reconnaître que, dans la majorité des cas, les signes physiques habituels de la pleurésie existent, souvent atténués, il est vrai, mais toujours spécialisés en un cachet caractéristique particulier. En les interprétant sainement et en les combinant suivant leurs significations communes, le clinicien raisonne son diagnostic et l'érige en vraie certitude.

La simple inspection du thorax ne révèle ordinairement rien d'anormal. On ne constate ni déformation, ni œdème de la paroi thoracique, ni circulation collatérale complémentaire, contrairement à ce que l'on observe dans les cas de phlegmasie purulente de la grande cavité pleurale.

La palpation peut accuser une diminution ou même une abolition complète des vibrations thoraciques. Toutefois ce signe — dont la valeur diagnostique serait si grande — est plutôt théorique que pratique, en raison même de sa rareté clinique. L'absence habituelle d'un élément si précieux s'explique par cette considération que la poche kystique n'est pas en rapport direct avec la paroi costale, dont elle est séparée par une lame de tissu pulmonaire plus ou moins épaisse, mais suffisante toutefois pour la transmission partielle des vibrations et la production de la résonnance.

Le signe le plus précieux pour le clinicien et qui met infailliblement sur la voie du diagnostic, c'est l'existence, la situation et la forme d'une zone de matité thoracique.

Cette matité est ordinairement profonde — en raison même du siège de l'épanchement; — il est nécessaire de percuter fortement la poitrine pour en découvrir l'existence. Ce fait

d'enkystement profond de la collection pleurale explique la fréquence des erreurs de diagnostic en cas de percussion thoracique trop superficielle ou trop légère. En raison de l'interposition constante entre la poche kystique et la paroi costale d'une lame de tissu pulmonaire susceptible d'entrer partiellement en vibration, on conçoit que la submatité soit la règle : la matité absolue, au contraire, l'exception.

La situation de la zone de matité est celle de la scissure interlobaire. Variable en son siège anatomique, elle varie aussi en ses rapports avec les espaces intercostaux choisis, dans la pratique, comme points de repère normaux. Le cinquième et le sixième espace intercostal, en cas de pleurésie des grandes scissures ; le quatrième, en cas de phlegmasie de la petite scissure horizontale droite, constitueront des rapports immédiats qui en imposeront au clinicien. — On comprend que ces rapports puissent changer avec les particularités individuelles et qu'ils soient subordonnés à l'existence possible d'adhérences qui fixent anormalement le poumon à la paroi thoracique.

Quant à la forme même de cette matité, c'est celle d'une demi-ceinture, d'un arc de cercle à direction oblique ou en sautoir. Le point d'origine supérieur est en arrière, à quelques centimètres de la colonne vertébrale, dans la région de la fosse sous-épineuse. De là, cette bande oblique de matité se dirige en avant vers l'aisselle qu'elle croise, se prolonge ainsi en continuant le trajet primitif jusque vers les bords latéraux du sternum, et se termine à une distance de 4 à 10 centimètres de ces bords.

La largeur de la zone de matité ne dépasse guère 2 à 3 centimètres, ce qui tient à ce que — ainsi que l'avait, un des premiers, remarqué Laënnec — les bords scissuraires sont primitivement agglutinés ou plutôt soudés entre eux par des membranes très résistantes, qui empêchent l'insinuation d'un diverticulum de la poche pleurale dans l'interstice interlobaire.

La matité a pour caractère spécial son enclavement ou mieux son alternance remarquable avec des zones sonores. Aussi la percussion pratiquée au-dessus et au-dessous de la bande oblique de matité dénote-t-elle un son plus clair dans les régions sus et sous-jacentes à la lésion. Dans certains cas même, le timbre normal est remplacé par un son tympanique ou skodique, surtout prononcé au creux sous-claviculaire.

Les signes fournis par l'auscultation sont très variables. Très souvent ils sont absolument négatifs. Dans d'autres cas, l'oreille appliquée au niveau de la zone de matité perçoit les signes ordinaires de la pleurésie, c'est-à-dire les frottements, l'affaiblissement du murmure vésiculaire, l'égophonie, les bruits de souffle caractéristiques. De tous ces divers signes, le frottement pleural est celui qu'on observe le plus ordinairement. La pathogénie en est d'ailleurs facile à déterminer. Au contact du foyer interlobaire, une portion de la grande séreuse s'enflamme : il se produit au voisinage de la région phlegmasiée une pleurite sèche qui se traduit à l'auscultation par un bruit sec et fin, surtout accusé à l'inspiration. L'affaiblissement du murmure vésiculaire reconnaît pour cause, soit l'exacerbation des douleurs pendant l'inspiration, soit la compression que détermine excentriquement, sur les lobules qu'elle prive d'air, le liquide interlobaire accumulé dans la poche kystique sous une très forte tension. Quant aux bruits de souffle, dont l'existence n'est d'ailleurs pas constante, ils présentent une pathogénie encore indéterminée ; on les explique par les phénomènes de congestion pulmonaire concomitante et par la compression limitée localement exercée sur les bronches ou sur une portion du parenchyme.

Tels sont, brièvement exposés, les signes et les symptômes de la pleurésie interlobaire. Celui qui a certainement la plus grande valeur pathognomonique et qui doit être le plus minutieusement

recherché en clinique, c'est sans contredit l'existence, la situation et la forme de la matité enclavée entre des zones sonores sus et sous-jacentes. A lui seul et en dehors des différents symptômes observés, ce signe suffirait pour établir le diagnostic. Lorsque ce précieux indice révélateur fera défaut, le clinicien rencontrera de très grosses difficultés pour asseoir son diagnostic, faiblement appuyé sur des signes de médiocre importance et une symptomatologie souvent fort réduite.

Nous verrons que les différents signes précédents changent absolument de caractères lorsqu'une vomique pleuro-bronchique a évacué au dehors le contenu de la plèvre. Nous entreprendrons leur étude détaillée au chapitre suivant, dans lequel nous nous occupons spécialement de la marche et de la terminaison ordinaire de la maladie.

CHAPITRE V

MARCHE ET TERMINAISON

Un diagnostic de pleurésie interlobaire est établi, nettement appuyé par des signes et des symptômes d'ordre pathognomonique.

Nous devons maintenant nous demander quelle est l'évolution normale du processus inflammatoire engagé, quels sont les phénomènes morbides inhérents à la phlegmasie et leurs diverses manifestations symptomatiques, en un mot étudier la marche ordinaire de la maladie et le mode de terminaison le plus habituel.

Il est naturel de penser que la collection pleurale ne peut demeurer indéfiniment enchâssée dans une scissure, à la manière d'un véritable kyste isolé de toutes parts et sans action offensive pour les tissus qui l'environnent.

Il ne faut pas oublier que la poche interlobaire est en état d'inflammation chronique de nature septique ; que le contenu pleural est lui-même purulent. Ces conditions rendent aisément compte des phénomènes d'irritation morbide qui se produisent et de la propagation pour ainsi dire inévitable du processus inflammatoire aux tissus nobles du voisinage. Au contact du foyer phlegmasique, une désintégration moléculaire se fait, lentement, insidieusement, qui aboutit, comme terme ultime, à la perforation, communication naturelle qui permet l'évacua-

tion au dehors des produits sécrétés dans la poche pathologique.

La collection pleurale se fait jour à l'extérieur par l'intermédiaire d'une vomique.

Les voies que peut suivre le contenu interscissuraire pour arriver à l'extérieur sont multiples. Un mode d'évacuation possible — mais rarement réalisé dans la pratique — c'est l'irruption préalable de l'épanchement pleural dans la grande séreuse, la détermination d'une phlegmasie purulente totale et l'expulsion plus ou moins retardée du liquide par une fistule pleuro-cutanée ou pleuro-abdominale.

Le plus ordinairement, la pleurésie se vide par les bronches; la collection s'évacue par ce que l'on appelle une vomique pleuro-bronchique.

L'évacuation du contenu pleural est quelquefois soudaine et brusque : la surprise peut être grande chez le clinicien lorsque le pus est rejeté par les voies supérieures sans qu'il y ait eu un avertissement symptomatique préalable.

Le plus souvent les prodromes existent, plus ou moins accentués, et dans quelques cas si caractéristiques qu'ils ont pu permettre à un observateur attentif de prédire avec certitude la prochaine apparition d'une vomique.

Quelques malades, en effet, accusent une recrudescence anormale des symptômes. Le malaise est plus marqué ; la fièvre plus élevée ; des frissonnements erratiques parcourent tout le corps. Le malade est inquiet : il sent, pour ainsi dire, que « quelque chose d'anormal va se passer en lui ». Il veille et attend dans l'anxiété.

Dieulafoy a insisté récemment sur un signe auquel il attribue une grande importance comme indice révélateur d'une vomique prochaine : c'est la fétidité de l'haleine. Ce signe seul a parfois permis à ce judicieux observateur d'annoncer la vomique vingt-quatre et même trente-six heures avant son appari-

tion. La pathogénie en est d'ailleurs facile à déterminer : au niveau de la poche purulente se produit d'abord une désintégration cellulaire, puis une corrosion lacunaire et enfin une effraction fissuraire presque insignifiante, mais qui augmente peu à peu et permet le passage dans les canaux bronchiques, soit d'une petite quantité de liquide fétide, soit simplement des gaz nauséabonds qui en émanent à chaque mouvement d'expiration du malade. Ce signe fait défaut dans le cas où la pleurésie est purement séreuse : de même, le liquide de la pleurésie interlobaire méta-pneumonique, quoiqué purulent, est rarement fétide et fait, par conséquent, exception à la normale pathologique habituelle.

Quoi qu'il en soit de ces prodromes, il arrive un moment où les phénomènes se confondent en une expression symptomatique uniforme.

Au moment où la vomique se produit, le malade est pris de quintes de toux, de dyspnée, d'angoisse : une sueur froide envahit son corps. L'anxiété est vive : la suffocation semble imminente. — Il est juste de reconnaître cependant que le tableau clinique atteint rarement cette apogée symptomatique : les phénomènes sont ordinairement plus réservés ; ce n'est qu'exceptionnellement qu'ils parviennent à réaliser le degré d'acuité observé dans les cas d'ouverture dans les bronches d'un épanchement de la grande cavité pleurale.

Le pus est rejeté au dehors par la bouche et par le nez, et cela au milieu de quintes de toux convulsive et de violents efforts de vomissements. Ces manifestations symptomatiques se montrent de cinq à vingt fois par jour. Les causes d'apparence les plus insignifiantes, les simples changements d'attitude du malade, l'ingestion d'aliments ou de boissons froides suffisent pour les réveiller et amener une nouvelle crise d'expectoration purulente. Et de même que le vomissement entraîne l'issue du pus par les bronches, de même la vomique, purulente et fétide,

appelle les nausées et les vomissements, toutes manifestations morbides qui s'enchaînent mutuellement dans un cercle vicieux inéluctable.

Dans quelques cas, la vomique est unique : autrement dit, le malade rejette en une seule expectoration le liquide purulent de la plèvre. Ce fait se produit lorsque l'épanchement kystique est peu abondant, l'ouverture fissuraire suffisamment large, ou bien lorsque les efforts expulsifs sont considérables. Mais, ordinairement, l'évacuation est plus lente : elle se fait graduellement et comme par à-coups successifs. Après un premier vomissement plus ou moins abondant, le malade continue à rendre pendant un certain temps des crachats muco-purulents, fétides, parfois striés de sang, et rappelant, ainsi qu'on l'a dit, l'expectoration d'un tuberculeux « atteint de caverne de moyen volume ».

La durée de cette période d'expulsion est assez variable. L'expectoration peut s'arrêter pendant un ou plusieurs jours et marquer la rétrocession définitive du processus phlegmasique ; souvent elle reparaît à nouveau et s'implante alors avec une ténacité désespérante.

Les phénomènes observés après la vomique sont différents, suivant les cas.

Quelquefois, les signes sont absolument négatifs. Le clinicien ne constate aucune modification sensible du type pathologique antérieurement réalisé. La matité ou la submatité persistent encore, plus ou moins accentuées. La palpation est muette. L'oreille appliquée sur la région du thorax qui correspond à l'épanchement ne perçoit ni bruits hydro-aériens, ni gargouillements, ni signes cavitaires. Il en est ainsi surtout lorsque la fistule pleuro-bronchique est de diamètre étroit, la poche pleurale de volume réduit, ou bien lorsque de fausses membranes obturent l'orifice de communication par une sorte d'occlusion en soupape ou valvule.

Dans d'autres cas, au contraire, la production de la vomique est accompagnée d'une série de phénomènes physiques et stéthoscopiques sur lesquels nous devons insister.

A la suite de la perforation pleuro-bronchique, et en vertu des lois de la pesanteur, l'air se précipite dans la poche interlobaire et tend à la combler. Le mélange de gaz et de liquide détermine l'apparition de phénomènes physiques qui sont l'expression naturelle d'un état pathologique nettement défini : le pyo-pneumothorax.

La nouvelle détermination morbide reconnaît une évolution et une symptomatologie analogues à celles qui caractérisent l'ouverture dans les bronches d'une collection purulente de la grande cavité. Les phénomènes sont, cependant, moins accusés et présentent un cachet de modération remarquable.

L'ampliation thoracique est ordinairement nulle, contrairement à ce que l'on observe dans les cas de pleurésie purulente totale terminée par vomique. Quelquefois, la percussion donne un son clair, tympanique, ou présentant un timbre métallique. Ainsi que le signalent certaines observations, l'auscultation peut découvrir l'existence d'un souffle cavitaire, amphorique avec tintement argentin, et dont le siège répond assez exactement à la topographie des scissures interlobaires. On conçoit que ces différents signes soient d'autant plus évidents et prononcés, que la cavité est de volume plus considérable, la communication pleuro-bronchique plus large, la poche kystique plus rapprochée de la paroi costale. D'ailleurs, leur intensité relative varie rapidement et dans les divers moments de la journée ; ils peuvent se succéder ou se combiner diversement les uns aux autres. Leur durée, indéterminée, est intimement liée à l'évolution de la lésion pleurale. Ils diminuent au fur et à mesure que la poche interlobaire se rétrécit et se comble par un processus de sclérose progressivement envahissante.

L'expulsion par les bronches du contenu pleural est ordinairement suivie d'une accalmie très prononcée. Aux phénomènes d'oppression, d'anxiété vive, de malaise, succède bientôt une sédation des symptômes, qui est comme le prélude d'un retour à la santé, à la vie. Les phénomènes généraux s'amendent, la fièvre tombe rapidement, l'appétit renaît, les sueurs deviennent moins abondantes, les forces augmentent progressivement. Toutefois, la convalescence peut être longue.

Dans d'autres cas, au contraire, l'évacuation bronchique ne produit pas l'heureux effet qu'on attendait d'elle. La vomique semble n'être que le point d'origine d'une recrudescence des symptômes. On voit, en effet, apparaître une série d'accidents infectieux qui reconnaissent pour causes la pénétration et la pullulation de micro-organismes en un point de l'économie, frappé d'un vice de résistance. La suppuration s'établit à nouveau, fétide et intarissable ; le malade rend constamment des gorgées d'un liquide muco-purulent continuellement sécrété. Au soulagement trompeur des premiers jours, fait suite un état d'alanguissement dû à la résorption active des toxines microbiennes. La fièvre se rallume, intense et presque continue ; l'amaigrissement fait des progrès ; le malade s'étiole ; les forces sont à jamais perdues ; la longue suppuration qui l'infecte doit l'emporter bientôt. Les sueurs deviennent profuses ; la diarrhée n'est plus qu'un véritable flux intestinal ; la cachexie s'implante et la vie des malades s'éteint dans une consomption organique qui fait penser à la phtisie pulmonaire tuberculeuse ou au carcinome le plus malin.

Le processus par lequel s'effectue la guérison de la pleurésie interlobaire a vivement excité l'attention des observateurs. Outre la possibilité bien évidente d'une résorption naturelle des produits pathologiques, un pleurétique peut guérir de façons très différentes. Le mode le plus habituel relève d'un simple

processus de néo-formation fibreuse. Tout autour de la collection pleurale se produit un tissu réactionnel de sclérose pleuro-pulmonaire qui forme barrière et isole la cavité kystique d'avec les tissus nobles du voisinage. Une épaisse gangue conjonctive environne le foyer pleural et l'extériorise, en quelque sorte, en l'enserrant dans une coque ou capsule imperméable et résistante. Or, comme ce tissu scléreux a des propriétés éminemment rétractiles, il arrive que, peu à peu, la coarction se fait, lente, graduelle, et diminuant progressivement le volume de la poche pour la réduire, enfin, à n'être plus macroscopiquement qu'une « façon » de simple dilatation bronchique. L'auscultation ne révèle alors que les signes de la bronchectasie. La guérison s'est effectuée au prix d'une sclérose isolante et réductrice.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la pleurésie interlobaire est souvent entouré de grosses difficultés pratiques.

Les symptômes de cette maladie sont parfois si réduits ou si confus que le diagnostic demeure longtemps en suspens et ne s'affirme qu'au moment seulement où se produit, par les bronches, l'évacuation du liquide pathologique.

Une vomique pleuro-bronchique est le terme d'une erreur ou la consécration définitive d'un diagnostic jusqu'alors incertain.

L'indécision est parfois autorisée, et il serait injuste et peu rationnel de mettre en cause la sagacité du clinicien si l'on veut bien songer à l'imprécision ordinaire des symptômes, à la signification peu caractéristique des phénomènes observés, à leur parfaite analogie avec ceux que l'on observe dans une foule d'états pathologiques similaires.

Un individu accuse depuis quelque temps un malaise plus ou moins prononcé. Il tousse, il crache, il a de la fièvre, de l'oppression, de la dyspnée. Ce sont là assurément des signes communs à un grand nombre d'états morbides. Si l'on conçoit que les signes pathognomoniques de la phlegmasie interlobaire fassent défaut — et le cas est fréquent — le diagnostic sera nécessairement hésitant et oscillera entre une série d'hypothèses plus ou moins plausibles. La maladie a-t-elle pour origine

et pour localisation la paroi thoracique, la séreuse sous-jacente ou le parenchyme pulmonaire? L'incertitude est bien naturelle et l'on comprend aisément combien est large « le champ du diagnostic » et combien doit être indécis le jugement du clinicien.

Bien des maladies, en effet, revêtent l'appareil symptomatique de la pleurésie interlobaire. Il n'est pas jusqu'à une névralgie intercostale, ou une pleurodynie, ou une simple douleur rhumatismale ou goutteuse qui n'aient pu, dans certains cas, égarer un moment le diagnostic, alors que les signes stéthoscopiques faisaient défaut ou étaient dépourvus de caractères pathognomoniques.

En ces cas simples, il est vrai, l'erreur est grossière et la méprise doit être facilement évitée par un examen attentif des symptômes. La névralgie intercostale, par exemple, présente des points douloureux spéciaux et superficiellemet situés : la réaction fébrile est nulle ou peu intense ; les signes physiques pleuro-pulmonaires manquent ou sont peu accentués. L'absence de toux et d'expectoration, la localisation exacte et constante de la douleur au niveau des points apophysaire et perforant antérieur lèveront les doutes et mettront bientôt sur la voie du diagnostic.

Nous dirons de même de la pleurodynie et des manifestations rhumatismales ou goutteuses ; l'évolution du processus morbide et le cachet symptomatique spécial qu'il revêt excluent la possibilité d'une erreur diagnostique de longue durée.

Une toux, d'abord sèche et quinteuse, une dyspnée plus ou moins accentuée, une fièvre modérée sont l'apanage de la bronchite vulgaire autant que de la pleurésie interlobaire. Si l'oppression est marquée, les douleurs thoraciques vives, la dépression organique considérable, l'embarras du clinicien peut être grand. Toutefois, l'auscultation sera ordinairement

ici un guide sûr et un moyen de diagnostic très fidèle. Elle révèlera l'existence de râles disséminés dans la poitrine, compagnons habituels du catarrhe bronchique ; l'expectoration se montrera abondante et muqueuse. La constatation des divers autres signes ordinaires de la phlegmasie catarrhale et l'évolution même du processus morbide fourniront les éléments communs d'un diagnostic irrécusable.

La pneumonie, à son début, a pu parfois en imposer pour une pleurésie interlobaire. Ces deux états morbides peuvent, en effet, revêtir des manifestations symptomatiques analogues. Le frisson est commun aux deux maladies ; le point de côté, la matité ou submatité s'observent également dans les deux cas. Mais à côté de ces ressemblances apparentes que de différences frappantes à une saine interprétation des symptômes ! La pneumonie a pour elle le frisson intense et prolongé, le point de côté remarquablement violent, le bruit de souffle tubaire, le râle crépitant, l'expectoration rouillée caractéristique, la marche régulière de la fièvre, l'évolution cyclique d'un processus phlegmasique bien défini. L'hésitation n'est tout au plus autorisée — et combien peu, — que dans les cas de pneumonie lente, insidieuse et pour ainsi dire latente qu'on observe quelquefois chez les individus avancés en âge, où les diverses manifestations morbides revêtent un caractère de froideur et de médiocre réaction symptomatique.

Le mode de début de la maladie, la prédominance de phénomènes pleuro-pulmonaires, les caractères de la fièvre, le retentissement marqué sur l'économie ont pu égarer le diagnostic et faire penser à un processus tuberculeux en voie d'évolution rapide. L'erreur est assez fréquemment commise, et il y a longtemps que Graves insistait sur les difficultés d'une différenciation précise de ces deux états pathologiques. Pourrait-il en

être autrement, à un examen sommaire des symptômes ? La toux, l'expectoration, la dyspnée, les douleurs thoraciques sont des phénomènes constants et communs aux deux maladies ; les sueurs sont également abondantes ; la fièvre se montre et affecte un caractère d'hecticité remarquable. Les fonctions digestives sont atteintes, les forces diminuent, la dépréciation organique fait de rapides progrès. Le malade a tout-à-fait l'aspect d'un phtisique ; et le diagnostic de tuberculose sera maintenu jusqu'au moment où l'on sera certain de l'intégrité absolue des sommets pulmonaires, de l'absence dans les crachats des bacilles caractéristiques ; une vomique pleuro-bronchique constituera aussi, dans beaucoup de cas, le seul critérium de la pleurésie interlobaire.

Les difficultés du diagnostic augmenteront encore dans certains cas pathologiques déterminés. Après des manifestations symptomatiques réduites ou peu définies, un sujet a évacué par les bronches une certaine quantité d'un liquide d'odeur nauséabonde. L'expectoration purulente s'est d'abord faite par gorgées, puis elle continue sous la forme de crachats muco-purulents. L'auscultation décèle aussi l'existence d'un souffle nettement cavitaire. Si l'on n'est pas fixé sur les débuts de la maladie, on ne songera évidemment pas à une pleurésie interlobaire, mais bien à une caverne pulmonaire en voie d'évolution et l'expectoration purulente ne semble plus provenir alors que de la fonte progressive de tubercules enkystés. La connaissance parfaite des antécédents, l'analyse rigoureuse des signes et des symptômes, l'examen microscopique et bactériologique de la sécrétion purulente, et surtout la localisation des phénomènes cavitaires à une certaine distance du sommet du poumon constitueront les principaux éléments d'un diagnostic rigoureux.

La différenciation de la pleurésie interlobaire d'avec la gan-

grène pulmonaire rencontre parfois de grosses difficultés cliniques. Ces deux états morbides reconnaissent une symptomatologie assez similaire pour prêter à une confusion facile. Ils sont caractérisés également par des frissons, des nausées ou vomissements, des troubles gastriques, des phénomènes pleuro-pulmonaires, des douleurs thoraciques souvent très marquées et affectant la forme d'un violent point de côté, enfin par un mouvement fébrile plus ou moins accentué. L'analogie se poursuit jusque dans l'évolution même du processus morbide : après des déterminations symptomatiques d'une durée assez variable, il se produit une expectoration qui donne issue à une certaine quantité d'un liquide purulent présentant dans les deux cas, comme caractère constant, une horrible fétidité.

Pénétrons davantage dans l'analyse intime du processus pathologique et recherchons si nous ne trouvons pas, dans les antécédents du malade, l'interprétation raisonnée des signes et des symptômes observés et, dans les particularités organoleptiques de la sécrétion pleurale, les éléments probants d'un diagnostic précis.

Lorsqu'on étudie les commémoratifs de la nécrose pulmonaire, on remarque que l'invasion ne présente jamais une apparence spontanée et pour ainsi dire idiopathique. La maladie se montre à l'état secondaire et reconnaît pour cause ordinaire un état morbide préexistant qui lui donne naissance. Un examen attentif relève souvent dans les antécédents du malade une phlegmasie pulmonaire qui peut être de nature diverse — pneumonie, broncho-pneumonie, etc. — ou une impression organique quelconque — traumatisme, abcès, etc. — Un autre élément important pour le diagnostic, c'est l'existence d'une dépréciation vitale antérieure et créée par l'alcoolisme, les diathèses, le diabète, les intoxications, les atteintes d'une maladie microbienne comme la fièvre typhoïde, ou infectieuse comme la scarlatine, la variole, la rougeole, toutes

conditions qui rendent suffisamment compte de l'envahissement, par un processus de nécrobiose, d'un tissu frappé d'un vice de résistance organique. — Ces divers caractères diagnostiques ne se retrouvent ordinairement pas à l'origine de la pleurésie interlobaire : leur absence est un signe important qui fait préjuger de la nature probable du processus pathologique.

La marche spéciale des symptômes vient ajouter un précieux complément à la présomption diagnostique déjà acquise.

Il est habituel d'observer dans le cours de la gangrène pulmonaire des hémoptysies précoces ou tardives et qui reconnaissent pour cause efficiente, soit la séparation d'une escarre, soit les phénomènes de congestion active et, par suite, d'extravasation sanguine déterminés par le processus de nécrobiose. On remarquera, au contraire, que les crachements de sang sont tout-à-fait exceptionnels dans le cas de pleurésie interlobaire ; le processus morbide tend moins ici à l'ulcération nécrosique des vaisseaux qu'à leur oblitération définitive par un tissu fibreux de formation nouvelle.

La fièvre présente aussi des caractères différentiels remarquables. L'élévation thermique est ordinairement modérée dans le cas de pleurésie interlobaire : elle atteint un degré extrême dans la gangrène pulmonaire, ce qui tient à la nature particulièrement virulente des éléments pathogènes et à l'active résorption que fait le sang des produits de la fermentation putride.

Dans la pleurésie interlobaire, les phénomènes généraux sont peu marqués et ordinairement empreints d'un cachet de bénignité tout au moins relative : la maladie n'arrive que lentement, progressivement, aux manifestations pathologiques ultimes. Au contraire, dans la nécrose pulmonaire, le complexus symptomatique atteint, dès les premiers temps, son maximum d'acuité morbide : l'adynamie est précoce, la dépréciation organique fait de rapides progrès. Une cachexie irremédiable est

le terme obligé ou fréquent du processus de nécrobiose.

Les caractères de la sécrétion purulente considérée au point de vue physique, microscopique et bactériologique, interviennent plus activement encore pour asseoir le jugement sur des bases certaines.

Ainsi que nous l'avons signalé plus haut, le liquide de la pleurésie interlobaire est généralement épais, visqueux, de couleur grisâtre ou jaunâtre, et analogue au pus phlegmoneux. L'expectoration dans la gangrène pulmonaire affecte des caractères différents : elle est plus foncée, plus brune, vert-noirâtre et quelquefois même noirâtre, et semblable au fameux « vomissement noir » du carcinome stomacal. Cette coloration particulière est due, on le comprend aisément, aux transformations successives que subit, au contact du liquide pathologique, le pigment du sang qui s'est épanché à la chute de l'escarre.

L'odeur du liquide expectoré présente des caractères tout aussi nettement différenciés. La fétidité est constante dans les deux maladies ; mais l'analogie n'est pas autrement profonde. L'odeur de la vomique pleurale est ordinairement alliacée et rappelle, dans beaucoup de cas, celle du « plâtre mouillé ». L'odeur dans la gangrène pulmonaire est plus prononcée, plus fade : c'est celle du cadavre, de la macération anatomique.

L'examen bactériologique et microscopique du liquide purulent confirme de tous points les signes de différenciation diagnostique qui précèdent.

On sait que la pleurésie interlobaire reconnaît comme étiologie la présence et le développement de micro-organismes ordinairement pyogènes : le pneumocoque, le staphylocoque, le streptocoque sont les agents habituels de la suppuration pleurale. Il est naturel de penser que nous retrouverons à l'examen bactériologique ces divers éléments de l'infection. La constatation de leurs caractères morphologiques, leur culture suivant la technique usitée pour chacun d'eux, leur inocu-

lation aux animaux permettront de fonder un diagnostic pathogénique présentant de sérieuses garanties de certitude. De plus, la composition histologique de la collection pleurale interviendra aussi pour préciser davantage le diagnostic. Le liquide ponctionné, outre la présence constante de cellules épithéliales tombées en deliquium, de leucocytes, de globules de pus, renferme des lambeaux ou des amas de fausses membranes différant absolument par leurs caractères microscopiques des éléments de la désintégration anatomique que nous allons retrouver dans la gangrène pulmonaire.

Disons, tout d'abord, que si les divers microbes pathogènes de la suppuration pleurale sont susceptibles de se rencontrer dans l'exsudat de la nécrose, il est juste néanmoins de reconnaître qu'ils ne s'y montrent qu'à titre accessoire et que leur présence et leur quantité sont toujours subordonnées à celles d'un certain nombre d'agents morbides dont la nature bactériologique n'est pas encore nettement déterminée. L'examen microscopique démontre l'existence dans les crachats gangréneux de champignons inférieurs, soit à l'état de spores, soit à l'état de complet développement. Le leptothrix pulmonalis, certaines variétés de monas, des infusoires s'y rencontrent en proportions variables, mais d'une manière constante. Ces micro-organismes sont les agents ordinaires des phénomènes de fermentation putride et l'origine de poisons organiques ou de toxines d'une si grande virulence. Mais le signe distinctif par excellence est fourni par l'examen histologique de l'expectoration gangréneuse : indépendamment des éléments ordinaires du pus, des granulations graisseuses, des cristaux de margarine et de cholestérine, il révèle la présence d'éléments de tissu conjonctif, de fibres élastiques qui témoignent irrévocablement de la désintégration anatomique du parenchyme pulmonaire par un processus de nécrobiose.

La différenciation des abcès pulmonaires d'avec la pleurésie interlobaire semble, au premier abord, oiseuse et ne plus avoir qu'un simple intérêt théorique ou historique. Beaucoup d'auteurs négligent systématiquement et de parti pris de discuter l'éventualité clinique d'un processus phlegmasique de nature pulmonaire. L'extrême rareté de l'abcès du parenchyme explique cette abstention diagnostique systématique. Laënnec n'avait-il pas fait ressortir, un des premiers, l'excessive rareté de cette entité morbide, en la consacrant d'ailleurs dans une formule pleine d'autorité et devenue désormais impérissable : « Il n'y a pas de lésion organique plus rare qu'une véritable collection de pus dans le tissu pulmonaire ». Trousseau lui-même reconnaissait n'avoir pas rencontré un seul cas d'abcès pulmonaire, pendant ses vingt-cinq années de pratique judicieuse et constante. Et Grisolle, recueillant tous les faits publiés, n'arrivait qu'au total de vingt-deux cas d'abcès pulmonaire offrant de réelles garanties d'authenticité.

A notre avis, la rareté évidemment remarquable des abcès purement pulmonaires ne saurait entraîner l'exclusion, dans le diagnostic, d'un processus morbide, malgré tout réalisable et nettement défini en ses caractères. Du fait que l'abcès pulmonaire est rare, il ne s'ensuit pas qu'il ne puisse se rencontrer dans les hasards de la clinique. Rayer du diagnostic une entité morbide de réalisation, sinon fréquente, du moins possible, c'est faire œuvre de légèreté clinique bien coupable. L'hépatisation grise de la pneumonie, dira-t-on, n'aboutit presque jamais à la collection purulente, à la formation d'un véritable abcès pleural : que nous importe ? Le diagnostic ne sera fermement tranché que lorsqu'on aura discuté cette éventualité clinique, et basé sur des signes de valeur irrécusable l'exclusion de la phlegmasie pulmonaire.

La similitude de traitement appliqué aux deux maladies n'autorise pas davantage le clinicien à limiter la discussion

diagnostique aux seuls cas pathologiques couramment observés. Sans doute, lorsqu'on se trouve en présence d'une collection purulente enkystée dans la poitrine, qu'elle soit d'origine pulmonaire ou pleurale, il n'importe, on s'inspire du vieil adage hippocratique : « *Ubi pus*, *ibi evacua* » ; mais, encore une fois, le diagnostic réclame des données plus judicieuses et moins tardives : le jugement « de visu » n'est pas légitime; le débat clinique doit être large et étendu aux moindres éventualités, toutes les fois que la possibilité d'une phlegmasie interlobaire est simplement présumée.

Le diagnostic trouve un de ses meilleurs éléments de précision dans l'examen des antécédents personnels du malade. L'abcès pulmonaire reconnaît ordinairement pour cause la pneumonie lobaire. Les commémoratifs mettront bientôt sur la voie : le sujet aura présenté récemment les manifestations non douteuses et bien caractéristiques de la phlegmasie pulmonaire. Le soupçon naît naturellement dans l'esprit du clinicien : l'hépatisation grise réalisée par le processus pathologique a pu revêtir, pense-t-on, une dernière manifestation sous la forme d'un véritable abcès du parenchyme.

Les caractères organoleptiques de la vomique pulmonaire augmentent singulièrement la rigueur du diagnostic. Il est d'observation courante que l'expectoration provenant d'un abcès parenchymateux présente, le plus ordinairement, les caractères du pus franchement phlegmoneux : elle est souvent striée de sang, lequel donne au liquide une coloration variable avec les stades divers de transformation du pigment hématique : elle peut être foncée, brunâtre, rouge-marron, et, dans ce dernier cas, assez analogue à la couleur que présente le chocolat.

La date d'apparition de la vomique est un signe d'une grande valeur diagnostique. Contrairement à ce que l'on

observe dans les cas de vomique d'origine pleurale, l'ouverture de la collection pulmonaire est rapide et bien caractéristique. La précocité de l'évacuation naturelle du liquide enkysté n'avait pas échappé à Trousseau : « Il n'est pas d'exemple dans la science, disait ce grand observateur, que la vomique péripneumonique se soit ouverte plus tard que le vingtième ou le vingt-cinquième jour : les abcès qui s'ouvrent le quarantième, cinquantième, soixantième jour, sont des abcès de la grande cavité pleurale ou des abcès formés entre les lobes du poumon ». La phlegmasie pulmonaire tourne rapidement à la purulence et aboutit précocément à la vomique : en douze jours, suivant certains auteurs, en cinq jours, dans un cas de Voilliez, une collection interlobaire a pu se faire jour à travers les bronches. Cette donnée pathologique ne comporte qu'un léger correctif clinique : nous faisons allusion à ces déterminations bâtardes de pleurésie interlobaire d'ordre puerpéral, lesquelles ont pu, dans quelques cas, évoluer très rapidement et aboutir à une expulsion tout aussi prématurée du liquide kystique.

L'auscultation pratiquée après la vomique peut-elle apporter un nouvel élément de précision au diagnostic? Nous ne le pensons pas. Des signes stéthoscopiques identiques sont communs aux deux maladies : le souffle caverneux, la respiration amphorique, le tintement métallique se rencontrent également dans les deux états morbides. Leur constatation ne saurait augmenter la rigueur d'un diagnostic appuyé sur une symptomatologie suffisante pour avoir entraîné déjà une conviction irrévocable.

Le diagnostic de la pleurésie interlobaire d'avec la dilatation des bronches est parfois très difficile. D'une part, ces deux cas cliniques se confondent souvent dans une expression symptomatique similaire ; d'autre part, les caractères physiques de

l'expectoration purulente ne sont pas assez nettement différenciés pour établir entre eux une distinction légitime. L'analogie est parfois si parfaite que l'erreur sera difficilement évitée si l'on n'a pas assisté aux débuts des accidents ou si l'on ne peut suivre pendant un certain temps l'évolution naturelle d'un processus symptomatique assez peu défini. Les quelques particularités cliniques qui suivent permettront cependant d'établir un diagnostic présentant de sérieuses garanties de certitude.

La pleurésie interlobaire présente ordinairement des manifestations morbides d'une certaine intensité. Elle a les caractères d'une maladie aiguë ou subaiguë, s'accompagnant de frissons, de fièvre, de douleur et d'un cortège de phénomènes généraux plus ou moins accentués. L'évacuation de la collection purulente est brusque et surprend le malade, pour ainsi dire à l'improviste. L'époque d'apparition de la vomique répond aussi à des limites assez nettement définies, ainsi que nous l'avons déjà indiqué.

La dilatation des bronches, au contraire, est une maladie essentiellement chronique, traînante, évoluant sans grandes déterminations pathologiques. La fièvre est nulle, les symptômes généraux sont peu intenses, le retentissement sur l'économie est peu marqué. Ces malades sont ordinairement des individus âgés et sujets aux phlegmasies pulmonaires fréquentes ou prolongées. La maladie présente des stades de rémission, entrecoupés de phénomènes d'exacerbation, et qui correspondent aux divers temps d'évolution d'un processus inflammatoire déterminé. D'ailleurs l'expectoration est ici fréquente et uniformément répartie dans les divers moments de la journée. La copieuse évacuation bronchique qui simule dans quelques cas une véritable vomique pleurale a pour caractère distinctif de ne se produire que le matin, au réveil, et a pour origine spéciale l'énorme quantité de liquide accumulé dans les cavernes bronchiques pendant la nuit. Les caractères physiques de l'expecto-

ration, la diffusion des lésions bronchectasiques, l'absence de matité viendront ajouter un complément de précision au diagnostic.

Les diverses collections enkystées dans un cul-de-sac pleural ou cloisonnées anormalement par des brides fibreuses résistantes en imposeront rarement pour un épanchement interlobaire. — De même, les abcès par congestion ouverts dans les voies aériennes seront bien antérieurement diagnostiqués par la constatation préalable des signes ordinaires de la tuberculose cervicale. — Plus difficile sera la distinction de la pleurésie interlobaire d'avec les kystes hydatiques du poumon. L'étude des symptômes donnera rarement des renseignements précis. Le diagnostic ne s'affirmera que sur les caractères du liquide kystique, lequel démontrera l'existence de crochets d'échinocoques, caractéristique évidente de la maladie.

La diversité des cas cliniques susceptibles d'être confondus avec la pleurésie interlobaire dénote toute la délicatesse et les difficultés du diagnostic. L'examen attentif et raisonné de signes ou symptômes obscurs et réduits, l'étude attentive des commémoratifs, et quelquefois seulement la production plus ou moins tardive d'une vomique révélatrice permettront au clinicien de formuler un diagnostic présentant de réelles garanties de certitude.

CHAPITRE VII

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étude anatomo-pathologique de la pleurésie interlobaire est simple et bien précisée en ses caractères. Les lésions que cette maladie engendre sont les mêmes que celles de toute phlegmasie pleurale en général. Le tableau anatomique ne diffère que par la localisation exacte des déterminations pathologiques en un diverticulum particulier de la séreuse. La lésion se réduit à une cavité close renfermant un épanchement de nature variable et profondément enchâssée entre les lobes pulmonaires.

L'ouverture du thorax ne décèle ordinairement rien de spécial. Dans quelques cas cependant la surface du poumon présentait des bosselures qui tendaient pour ainsi dire à faire hernie et qui étaient dues à la pression exercée excentriquement sur le parenchyme pulmonaire par un liquide inclus dans une poche élastique, sous une certaine tension.

Le plus ordinairement la séreuse présente un aspect lisse et poli : on n'observe ni mamelonnement, ni ondulation contrastant avec la convexité normale de l'organe.

De même, il est rare de voir une expansion de la poche kystique s'insinuer, en véritable coin, entre les bords scissuraires qu'elle écarte progressivement pour se mettre en rapport direct avec la paroi thoracique. — Cette sorte d'inclusion totale rend compte de l'insuccès ordinaire des ponctions que l'on

pratique dans le but d'évacuer le contenu de la poche, le kyste pleural n'étant pas facilement abordable par l'aiguille du trocart explorateur. L'extrême solidité des adhérences que les bords de la scissure contractent entre eux est la cause évidente de ce fait. Le liquide kystique se crée une enveloppe du parenchyme : les parois naturelles du kyste sont les lobes pulmonaires ; or, ceux-ci, élastiques plus que contractiles, se laissent refouler excentriquement par l'épanchement qu'ils environnent de toutes parts dans une sorte de coque gazeuse isolante.

La section longitudinale du kyste pleural détermine l'issue d'un liquide plus ou moins abondant, de nature variable, et le doigt introduit dans la plaie explore une cavité de volume plus ou moins considérable et présentant certaines particularités que nous étudierons dans la suite.

Dans quelques cas, rares il est vrai, le liquide est simplement séreux ou légèrement louche : le plus souvent il est visqueux, grisâtre, jaunâtre, analogue au pus franchement phlegmoneux et contient des dépôts fibrineux abondants.

L'odeur de la collection pleurale est assez variable. Elle est ordinairement fétide, nauséabonde même. Ces caractères de méphitisme sont surtout accusés lorque la violence du processus phlegmasique a abouti précocément à la purulence ou bien lorsque la cavité kystique a été mise antérieurement en communication directe avec l'air extérieur. Dans certains cas l'odeur rappelait celle du « vieux plâtre mouillé »; fait curieux à signaler, dans d'autres cas elle était alliacée, ce que l'on doit évidemment attribuer à la constitution particulière du liquide pathologique riche, peut-être, en produits phosphorés.

La quantité de liquide purulent est peu considérable. Elle ne dépasse guère trois cents ou quatre cents grammes, une livre comme l'avait déjà signalé Chomel.

Il est naturel de penser qu'on trouvera dans le liquide

épanché les micro-organismes ordinaires de la suppuration, en rapport avec la nature même de la phlegmasie. Tantôt, comme cela arrive dans les pleurésies méta-pneumoniques, on constate la présence du pneumocoque de Fraenkel, seul ou associé, comme dans le cas de Dumontpailler, au coli-bacille : tantôt ce sont les streptocoques qui pullulent ou bien les staphylocoques, associés ou non à d'autres agents morbides tels que le bacille d'Eberth, etc.

Les dimensions de la poche kystique varient naturellement avec la quantité de liquide épanché. Il est rare de lui voir dépasser le volume du poing ou d'une grosse orange.

L'épaisseur des parois est en rapport avec l'ancienneté de la lésion et l'acuité du processus morbide. Lorsque la pleurésie interlobaire est récente, les parois de la poche sont minces et recouvertes simplement d'une fausse membrane qu'on peut facilement décortiquer des parties sous-jacentes. Si la pleurésie est ancienne, au contraire, les parois sont épaissies et transformées par l'inflammation chronique à la fois exsudative et plastique, en une capsule ou coque fibreuse isolée d'avec le parenchyme pulmonaire à la manière d'un simple kyste et s'infiltrant parfois de concrétions calcaires.

Les parois de la poche pleurale sont tantôt lisses et unies, tantôt anfractueuses et irrégulières et divisées en un certain nombre de loges par des cloisons formées de grumeaux de fibrine qui finissent par s'organiser et séparent tout autant de clapiers purulents.

La forme de la poche varie avec la proportion relative de liquide qu'elle contient et aussi avec le stade du processus inflammatoire. Au début, la forme est celle d'une lentille biconvexe, présentant un renflement médian et s'atténuant aux deux extrémités, en véritable fuseau. Plus tard, elle est régulièrement arrondie : alors la tension du liquide pleural est uniformément répartie sur les parois de la poche, laquelle se creuse

une loge sphéroïdale dans les tissus du voisinage qu'elle déprime.

Le processus pathologique ne demeure pas toujours limité au diverticulum interlobaire. Il progresse et s'étend aux tissus qui environnent le foyer phlegmasique originel. Tout autour de la poche pleurale, il se développe un tissu de sclérose qui la circonscrit exactement tout d'abord et qui empêche momentanément l'extension de la phlegmasie aux tissus nobles du voisinage.

Toutefois cette sclérose défensive ne présente que des avantages transitoires. D'une part, elle n'empêche pas la vomique de se produire : d'autre part, sa propagation au parenchyme détruit l'élasticité normale de l'organe et crée des conditions de moindre résistance qui permettent une facile ectasie des lobules, aboutissant souvent aux déterminations symptomatiques de la dilatation des bronches.

CHAPITRE VIII

PRONOSTIC

Le pronostic de la pleurésie interlobaire est intimement lié à la nature variable de l'agent morbide, à la force de résistance du sujet, aux diverses complications pathologiques qui peuvent survenir.

Le volume plus ou moins considérable de la poche pleurale intervient aussi dans le jugement pronostique et doit, par conséquent, être pris en sérieuse considération. Abstraction faite de la nature de la collection pleurale, il est naturel de penser qu'une poche de petit volume et contenant une quantité très réduite de liquide se prêtera à une plus facile régression qu'une cavité considérable renfermant un liquide identique, sous une très forte tension. Dans ces conditions favorables, l'évacuation totale de la collection, par vomique, sera naturellement plus aisée, mieux réalisée : et la guérison se fera plus active et plus sûre que dans le cas de poche vaste et tomenteuse, cloisonnée en clapiers nombreux se prêtant mal à une vidange facile et complète.

La nature du liquide pathologique influe davantage sur la gravité du pronostic. En dehors de toute complication possible, une pleurésie interlobaire à liquide purement séreux contient, ordinairement, peu ou pas de microbes pathogènes, et les symptômes qu'elle détermine sont empreints d'un cachet de

bénignité tout à fait exceptionnelle. Les conditions changent si la poche pleurale contient un liquide séro-purulent ou franchement purulent : la résorption des toxines microbiennes peut se faire et le malade est alors voué à tous les accidents d'une septicémie d'ordre interne.

La part qui revient à chaque agent pathogène est différente, suivant les espèces microbiennes considérées. On connaît la virulence ordinairement peu marquée du pneumocoque de Fraenkel. Une pleurésie interlobaire méta-pneumonique participera de la bénignité relative de cet agent morbide. La résolution de la phlegmasie sera fréquente et rapide ; au cas où une vomique évacue au dehors le contenu purulent de la plèvre, une sclérose bienfaisante viendra combler la poche pathologique par un processus cicatriciel analogue à celui qui produit la guérison des cavernes pulmonaires.

Au contraire, et au degré le plus élevé de l'échelle pathologique, la pleurésie tributaire des micro-organismes habituels de la suppuration provoque des accidents locaux et généraux graves, à évolution rapide et à pronostic ordinairement fatal. Les phénomènes infectieux secondaires s'y montrent avec une violence inaccoutumée. Le malade, qui a fait primitivement du pus dans une séreuse interlobaire, présente des déterminations inflammatoires dans les divers organes splanchniques, dans le tissu cellulaire, dans les synoviales articulaires, dans les séreuses diverses de l'économie. C'est une véritable pyohémie qui évolue et qui emporte à bref délai le malade. L'examen bactériologique du sang, du pus, démontre la présence des staphylocoques et des streptocoques, cause évidente de toutes les déterminations pathologiques.

Ces divers cas cliniques, de pronostic basé uniquement sur les qualités bactériologiques de l'agent morbide, comportent toutes sortes d'intermédiaires, lesquels relèvent essentielle-

ment de la nature du terrain et de l'action réactionnelle de l'organisme contre la maladie. Une pleurésie interlobaire, même purulente, apparaissant chez un sujet jusqu'alors sain, pourra n'impressionner que faiblement l'organisme, si celui-ci est en état de faire face aux frais de dépréciation vitale qu'elle entraîne. Que si, au contraire, la phlegmasie évolue chez un individu déjà frappé d'un vice de résistance, les phénomènes se montreront plus graves dès le début de la maladie, et un pronostic sérieux lui sera ordinairement associé : c'est le cas de ces pleurésies évoluant chez un sujet déjà touché par la tuberculose, miné par le surmenage, l'alimentation insuffisante ou vicieuse, ou qui a subi les atteintes d'une fièvre typhoïde, d'une scarlatine, d'une variole, toutes maladies qui affaiblissent la résistance de l'organisme et préparent une voie facile aux invasions microbiennes.

Certaines complications peuvent aussi survenir et aggraver le pronostic, en même temps qu'elles rendent le diagnostic plus difficile.

A la pleurésie interlobaire s'associe quelquefois la phlegmasie de la grande séreuse pleurale, et cela sans qu'on puisse toujours établir des rapports de cause à effet entre ces deux états morbides. Cette association de lésions détermine — on le comprend bien — un complexus de phénomènes morbides qui ne manque pas d'aggraver singulièrement le pronostic.

Dans d'autres cas, c'est une bronchite qui vient compliquer une pleurésie interlobaire préexistante. Si l'inflammation catarrhale se généralise aux deux poumons ou atteint les fines ramifications bronchiques, c'est la gêne de l'hématose qui se prépare, avec tout un cortège de dangers imminents pour la vie des malades.

La complication la plus redoutable de la pleurésie interlobaire est certainement la tuberculose pulmonaire. La connaissance de ce fait est de date ancienne. Depuis la relation de Lherminier, les observations se sont multipliées de manifestations tuberculeuses évoluant en même temps qu'une pleurésie interlobaire. Il est évident que la bacillose peut précéder l'envahissement phlegmasique de la plèvre, voire même engendrer la pleurésie interlobaire : toutefois, il n'est pas moins constant que l'évolution d'une pleurésie suppurée crée au bacille de Koch des conditions très favorables pour son développement. Aussi, n'est-il point rare de voir ces malades faire des déterminations tuberculeuses dans les divers organes, s'étioler rapidement, entrer dans une véritable cachexie et succomber bientôt avec les signes évidents d'une phtisie généralisée.

Pour nous résumer, voici les conclusions que nous croyons pouvoir tirer des faits que nous venons d'exposer :

En règle générale, le pronostic de la pleurésie interlobaire est bénin, lorsque la poche est de petit volume, la résistance organique très forte, la virulence des agents pathogènes assez faible ; le pronostic devra être réservé dans les circonstances opposées, lorsque la pleurésie évolue sur un terrain organiquement déprécié, en plein état puerpéral, en présence d'infections pyogènes, et associées à des complications multiples d'origine rénale, cardiaque ou pulmonaire.

Il reste au clinicien à analyser, dans les divers cas pathologiques, la valeur relative de chacun des signes ou symptômes observés ; en les groupant suivant leurs indications pronostiques, il en formera un véritable « tout synthétique » qui constituera la base naturelle d'un jugement rigoureux.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

Les moyens dont la thérapeutique dispose dans le traitement de la pleurésie interlobaire sont nombreux et variés.

Deux méthodes principales résument les tendances de la clinique et les ressources de la thérapeutique.

L'une d'elles cherche à réaliser la rétrocession du processus morbide par des moyens d'ordre purement interne et analogues à ceux qui constituent la base de traitement de toute phlegmasie pleurale en général.

L'autre, repoussant systématiquement les procédés de la première, à laquelle elle reproche la temporisation coupable, l'insécurité d'action, les phénomènes de résorption putride, l'hecticité, a recours à l'instrument tranchant dès que le diagnostic est établi d'une façon irrécusable.

Ces deux grandes méthodes, d'aspiration commune et de procédés si opposés, répondent à des cas pathologiques nettement définis et à des indications particulières qui relèvent de la nature variable du processus morbide. Au lieu de s'exclure mutuellement, elles se combinent et s'associent dans un même but thérapeutique et dans une communauté d'avantages et d'indéniables succès. L'étude qui va suivre indiquera les différents moyens mis en œuvre par ces deux méthodes, et fixera la part d'action curatrice qui revient à chacune d'elles.

Le traitement purement médical de la pleurésie interlobaire a trouvé sa légitimation dans les nombreux succès qu'il a remportés jusqu'ici, dans l'indétermination fréquente du siège anatomique réel de la lésion, enfin dans les difficultés mêmes que l'on éprouve souvent à établir un diagnostic rigoureusement précis. D'ailleurs, l'incursion du clinicien dans le domaine de la chirurgie pulmonaire eût été considérée comme chose téméraire dans un temps où la septicémie et la pyohémie régnaient en maîtresses, enjoignant la plus grande réserve en matière d'intervention portant sur une séreuse délicate comme la plèvre interlobaire. La limitation obligée et bien naturelle du cadre thérapeutique, en même temps qu'elle privait la science d'un des moyens les plus efficaces, avait pour résultat immédiat de multiplier les tentatives d'action médicatrice, de porter au summum de perfectionnement les procédés déjà existants, de nous valoir enfin un arsenal médical des plus encombrés.

De tous ces divers moyens, il est vrai, un petit nombre seulement a survécu et peut répondre aux exigences de la thérapeutique moderne ; les autres n'ont guère plus aujourd'hui qu'un intérêt purement théorique ou historique. L'étude que nous allons faire maintenant en sera d'autant réduite et se limitera particulièrement aux moyens dont l'efficacité est nettement consacrée par une pratique judicieuse appuyée sur une large expérimentation clinique.

La pleurésie interlobaire n'est, à tout prendre, qu'une sorte de phlegmasie analogue comme nature à celle qui intéresse si fréquemment la grande séreuse pleurale. L'étiologie et la pathogénie sont identiques dans les deux cas : les déterminations symptomatiques y revêtent un caractère de similitude qui prête souvent à une confusion légitime. Seul, le siège anatomique diffère par sa limitation plus réduite et par la localisation exacte du processus phlegmasique en un diverticulum particu-

lier de la grande séreuse. Cette analogie frappante de nature et de symptômes devait naturellement et de prime-abord conduire à l'emploi des moyens ordinairement mis en usage pour le traitement des phlegmasies de la grande cavité. L'application primordiale des révulsifs constitue la première indication thérapeutique bien définie.

Le vésicatoire jouit d'une réputation ancienne et légitimée par une puissance d'action indiscutable et franchement consacrée par de nombreux faits cliniques. Il est indiqué de demander à ses propriétés résolutives la rétrocession du processus phlegmasique engagé. L'application de ce topique nous semble s'imposer, dès le début même de la maladie ; aussi bien répond-il, à ce moment, à des indications thérapeutiques basées sur l'incertitude fréquente du diagnostic. La symptomatologie peut être obscure ou réduite : est-ce une pleurésie interlobaire, ou bien une pneumonie bâtarde, une fluxion de poitrine, ou plus généralement une phlegmasie pleuro-pulmonaire quelconque en voie d'évolution ? L'hésitation est permise, et dans ces cas de symptomatologie si peu précise, le regret pourrait venir un jour de n'avoir pas essayé — quand il en était encore temps — un moyen d'ordre médical qui compte à son actif de légitimes succès.

L'application du vésicatoire se subordonne à l'observation de certaines règles prohibitives qu'il serait dangereux d'enfreindre.

De même que dans le cas de phlegmasie pleuro-pulmonaire franche, le vésicatoire ne sera appliqué que lorsqu'on aura préalablement déterminé, par un examen judicieux, l'état des reins et constaté la disparition complète des manifestations fébriles.

Secondairement à une maladie infectieuse, à une scarlatine en particulier, un individu a contracté une pleurésie interlobaire. N'est-il pas naturel de supposer, en cette occurence,

que les reins ont pu être touchés par les agents de l'infection, auxquels il faut rapporter la cause ordinaire des néphrites parenchymateuses ? Si, négligeant une contre-indication formelle, on commet l'imprudence d'appliquer un vésicatoire, c'en est fait désormais de la perméabilité du filtre rénal. L'urémie se prépare avec un cortège de dangers menaçants pour la vie des malades.

L'élévation trop marquée de la température constitue une seconde contre-indication absolue de la révulsion par vésicatoire. C'est là un fait d'expérience clinique courante, et dont nous ne nous attarderons pas à discuter les raisons prohibitives : la règle est inflexible et subordonne invariablement l'application du topique au retour préalable de la température à un type à peu près normal.

Le teinture d'iode est le succédané naturel du vésicatoire. Toutefois, si elle présente l'avantage d'une stricte neutralité à l'égard des reins, elle se montre, par contre, d'une efficacité douteuse ou aléatoire, qui en fait limiter l'emploi aux seuls cas cliniques empreints d'un cachet de bénignité exceptionnelle.

La douleur thoracique est un des symptômes principaux de la maladie en même temps qu'un élément de diagnostic des plus précieux. Si elle est très intense, il est indiqué de la combattre et d'en atténuer aussitôt que possible les fâcheux effets. A cet égard, les ventouses sèches ou scarifiées nous paraissent jouir d'une réelle efficacité : elles réalisent, par surcroît, la décongestion de la plèvre phlegmasiée, en même temps qu'elles constituent un moyen simple de sédation de la douleur auquel on aura toujours recours avec profit.

Certains moyens d'ordre purement médical ont été préconisés contre la lésion phlegmasique elle-même. Les préparations tanniques ont joui pendant longtemps d'une haute réputation, fondée sur la propriété qu'on leur attribuait d'agir antisepti-

quement sur la poche pleurale et sur son contenu purulent dont elle réaliserait la disparition progressive. La pratique courante n'a pas légitimé cette attribution thérapeutique : en tout cas, si elle maintient encore ce mode de traitement, il est juste de reconnaître qu'elle n'en fait qu'un moyen d'action de second ordre.

Les balsamiques jouissent d'une faveur plus méritée. Trousseau — comme plus tard Dieulafoy — avait vanté l'emploi de la térébenthine, à laquelle il accordait des propriétés anti-catarrhales et antiseptiques manifestement établies. En s'éliminant par les voies respiratoires, la térébenthine modifie avantageusement le parenchyme : elle diminue la sécrétion purulente ; elle désodorise l'expectoration pathologique : elle agit énergiquement sur les germes infectieux dont elle atténue la vitalité et la virulence.

La nature éminemment microbienne de la pleurésie interlobaire devait naturellement suggérer l'idée d'agir directement sur ses agents pathogènes par l'intermédiaire des substances bactéricides. L'iodoforme, employé seul ou associé à divers antiseptiques, nous paraît être un moyen dont on pourra retirer de grands bénéfices. A la clinique de Montpellier, nous avons vu bien souvent prescrire ce médicament contre les déterminations pulmonaires d'origine bacillaire. L'indication thérapeutique nous en paraît plus formelle encore dans les cas de pleurésie interlobaire, maladie également microbienne, mais reconnaissant pour origine ordinaire des agents morbides doués d'une vitalité moindre que le bacille de Koch.

La créosote ainsi que le gaïacol et ses éthers, tous composés organiques dont les propriétés antiseptiques sont admises sans conteste, pourraient être, selon nous, employés avec profit dans le cours de la pleurésie interlobaire. Bien que les récentes expériences entreprises par le docteur Fonzes-Diacon sur lui-même et avec la rigueur technique la plus sévère,

soient négatives sur le fait de l'élimination possible de ces divers agents chimiques par le poumon, il est néanmoins rationnel de penser — suivant les judicieuses recherches du professeur Imbert — que ces médicaments sont cependant susceptibles d'exercer une action neutralisante ou réductrice sur les toxines que le sang a résorbées au niveau du foyer d'infection interlobaire. En particulier, l'administration du gaïacol sous la forme de carbonate et surtout de phosphite — selon les indications que vient d'établir le docteur Fonzes-Diacon — constitueront un mode d'assimilation commode et d'imprégnation organique facile, dont on pourra retirer de précieux avantages thérapeutiques.

Les diurétiques seront d'un emploi constant pendant toute la durée de la maladie. Leur usage répond à des indications thérapeutiques bien naturelles. Au niveau du foyer d'infection interlobaire, il se fait une active résorption de produits putrides : l'économie tout entière se charge de toxines microbiennes, auxquelles il faut évidemment rapporter toutes les déterminations morbides de la phlegmasie. En augmentant la pression sanguine et activant la filtration rénale, les diurétiques réalisent l'élimination progressive des produits de résorption et s'opposent à leur accumulation au sein de l'économie. Le régime lacté, absolu ou mitigé, le chiendent nitré, la théobromine, sont au premier rang parmi les médicaments qui produisent une active diurèse.

La fièvre est un élément pathologique qui domine toute la symptomatologie de la pleurésie interlobaire. Si elle est modérée, l'usage de l'antipyrine nous paraît constituer un moyen suffisamment efficace et qui pourra, d'ailleurs, être longtemps continué sans crainte d'accumulation nocive. De plus, indépendamment de son action antithermique manifeste, elle agira comme analgésique et sera susceptible d'amener, avec la défervescence, la sédation des phénomènes douloureux.

Le sulfate de quinine est un médicament véritablement spécifique de la fièvre ; il possède aussi des propriétés nettement antiseptiques à l'égard des micro-organismes, dont il arrête la pullulation et l'ensemencement progressif. C'est, en même temps qu'un antithermique puissant, un bactéricide efficace auquel on aura recours avec le plus grand profit.

Les deux antithermiques que nous venons de signaler suffisent à la pluralité des indications thérapeutiques. Néanmoins, on pourrait leur adjoindre les préparations phéniquées, salicylées, tous médicaments qui se recommandent par une heureuse association de vertus à la fois antithermiques et antiseptiques.

Les divers moyens thérapeutiques qui précèdent n'auront toute leur efficacité que s'ils sont appuyés par une médication qui soutiendra énergiquement les forces du malade et lui permettra de résister à la dépréciation organique qui le menace. Une alimentation saine et réconfortante, les toniques de toutes sortes à base de quinquina et de kola, les préparations arsenicales, le vin généreux, l'alcool sous la forme de potion de Todd, seront des moyens thérapeutiques d'un grand effet et sur la valeur desquels on peut avoir une grande confiance.

Tels sont les différents moyens d'ordre médical dont la thérapeutique dispose pour le traitement de la pleurésie interlobaire en général. Leur usage ne suffit évidemment pas à la diversité des cas cliniques. La chirurgie vient apporter son précieux complément d'action curative à certains cas pathologiques déterminés, et particulièrement à ceux dans lesquels la phlegmasie pleurale a franchement tourné à la purulence.

Si le diagnostic de pleurésie interlobaire suppurée est établi de façon irrécusable, si les phénomènes généraux prennent, dès le début de la maladie, une tournure grave qui fait présager

une cachexie prochaine, on ne devra pas s'attarder en de vains essais de médication résolutive. Le vésicatoire est impuissant à déterminer la résorption d'un liquide purulent plus ou moins concret, enfermé dans une poche dont les parois sont transformées par l'inflammation chronique en une coque fibreuse peu ou pas absorbante. Encore l'application prolongée ou réitérée du topique vésicant aurait-elle le grave inconvénient de dénuder la paroi thoracique de son épiderme protecteur, de préparer un terrain favorable aux cultures microbiennes et de créer, à l'endroit même de la future opération, une surface enflammée, de suppuration imminente. La temporisation confiante dans les révulsifs n'aura pour résultats que de reculer sans profit un acte opératoire nécessaire pour la guérison, de laisser l'infection septique s'enraciner davantage et mener précocément le malade à une cachexie irremédiable.

L'épanchement purulent interpleural devra être évacué précocément et antiseptiquement.

Les méthodes d'évacuation du liquide kystique sont nombreuses. Elles attaquent plus ou moins ouvertement le foyer interlobaire, et par suite l'acte chirurgical qu'elles nécessitent est plus ou moins sobre ou réduit.

Entre une simple ponction aspiratrice qui vide simplement une cavité purulente et peut assurer néanmoins une guérison radicale, et une véritable thoracotomie qui, par des résections costales et des incisions pulmonaires, ouvre au chirurgien une voie large avec tous les dangers opératoires qu'elle comporte, il y a tous les intermédiaires. Le chirurgien limitera l'action thérapeutique à l'étendue de la lésion préalablement constatée par des signes précis et restreindra au minimum possible l'intervention opératoire.

L'aspiration de la collection pleurale par la thoracentèse est le premier traitement d'ordre chirurgical qui vient naturellement à l'esprit. Les judicieux perfectionnements techniques

que les professeurs Potain et Dieulafoy ont apportés au trocart de Reybard, l'innocuité ordinaire de la piqûre antiseptique d'une lame pulmonaire avaient primitivement excité un grand enthousiasme et permis de fonder les espérances les plus favorables sur un moyen de traitement simple, parfois efficace et surtout inoffensif.

Malgré quelques légitimes succès, la ponction aspiratrice n'est pas demeurée un moyen de traitement fidèle et sur l'efficacité duquel on puisse absolument compter. D'abord, elle ne suffit pas à la diversité des indications pathologiques, et ne se montre réellement souveraine que dans les cas particuliers de pleurésie méta-pneumonique; en second lieu, elle se heurte à des difficultés pratiques parfois insurmontables et qui reconnaissent pour causes ordinaires la situation et la forme de l'épanchement interlobaire.

La collection pleurale, en effet, présente la forme d'une lentille biconvexe ou d'un ménisque à direction oblique, renflé à sa partie moyenne, effilé au contraire à ses deux extrémités ; pour cette cause et en raison aussi de la situation profonde de l'épanchement, le trocart rencontre difficilement le foyer de phlegmasie interlobaire ou ne l'atteint que par une de ses extrémités rétrécies, ce qui ne permet pas un écoulement facile du liquide pathologique. Dans un cas récemment opéré et qui a inspiré notre travail, M. le professeur Forgue dut ponctionner à quatre reprises différentes le parenchyme pulmonaire avant d'atteindre une énorme collection pleurale et dut finalement recourir à la pneumotomie.

L'insécurité d'action de la thoracentèse appliquée au traitement de la pleurésie interlobaire est confirmée par de nombreux faits cliniques.

Au Congrès français de chirurgie de 1888, Thiriar (de Bruxelles) rapportait deux cas de pleurésie interlobaire suppurée où des ponctions exploratrices répétées ne donnèrent aucun résultat. Un malade de Segond subit deux ponctions

blanches et ne guérit que grâce à la pneumotomie. Ricard ponctionna inutilement et par deux fois le poumon. Le malade de M. Bodet supporta quatre fois la thoracentèse sans aucun résultat. Ces faits montrent combien il serait peu rationnel de compter sur ce moyen thérapeutique ; et le malade de Dieulafoy, qui subit sept ponctions exploratrices avant de guérir, est un exemple de persévérance et de résignation qu'on rencontrera rarement chez le médecin et chez le malade.

Une intervention plus large est ordinairement nécessaire, et la pneumotomie s'impose comme mesure opératoire jouissant seule d'une réelle efficacité.

La pneumotomie est une opération aussi vieille que l'art médical.

Lorsqu'on parcourt les livres hippocratiques, on est frappé de la haute conception thérapeutique que fondait déjà le Père de la Médecine et du remarquable perfectionnement auquel il portait un acte opératoire dirigé contre ce que l'on appelait alors les « inflammations péri-pneumoniques ». La description judicieuse et pleine de hardiesse qu'il nous a léguée demeure comme le guide obligé et invariable du chirurgien moderne, lequel n'applique plus désormais à la méthode que des modifications de technique et les heureux bienfaits des découvertes antiseptiques.

La méthode hippocratique formule, avec les tendances actuelles de la pratique chirurgicale, les moyens mis par celle-ci en usage. Tout est prévu et justement combiné en vue d'une action thérapeutique des plus efficaces : l'incision intercostale pratiquée aussi bas que possible pour permettre un écoulement plus facile du pus, le lavage de la cavité purulente « avec du vin aromatique et de l'huile tiède », le drainage au moyen d'une canule d'étain, tels sont les divers temps de cette méthode opératoire précise et devenue désormais impérissable.

Ouvrir, vider, désinfecter, modifier la poche qui donne du

pus, et cela dans le but d'en favoriser l'occlusion par simple retrait progressif des parois ou par sclérose fibreuse, tel est le traitement de choix qui convient aux abcès inter-scissuraires. La pleurésie purulente ne relève que de l'intervention sanglante. En présence d'une collection enkystée dans une scissure interlobaire, le chirurgien s'inspire inéluctablement du vieil adage : *Ubi pus, ibi evacua ;* il pratique la pneumotomie précoce et antiseptique.

Précocité de l'intervention et rigoureuse observation des règles listériennes, ce sont là des commandements inflexibles qu'on ne doit pas enfreindre si l'on veut se placer dans les meilleures conditions possibles de l'acte curateur. Leur observation sévère répond à des indications symptomatiques évidentes et nettement définies :

Un malade ne fait pas impunément et sans danger aucun du pus dans « un coin de l'économie ». Au niveau du foyer d'inflammation interlobaire il se fait une active résorption des produits pathologiques. L'empoisonnement de l'organisme par les toxines microbiennes est inévitable et rapide, et constitue une menace constante pour la vie des malades. La temporisation, en reculant le moment de l'intervention curatrice, et en laissant l'infection organique faire des progrès, amène la cachexie, le dépérissement, et détruit ainsi les chances possibles de guérison.

De même, l'intervention n'est autorisée et vraiment curatrice que si l'on opère sous le couvert de la plus scrupuleuse antisepsie. La délicatesse toute particulière de la séreuse pleurale, la riche vascularisation du parenchyme pulmonaire, sa participation fréquente aux phlegmasies du voisinage, sa grande puissance de résorption enjoignent au chirurgien une grande prudence et la rigoureuse observation des règles listériennes.

La légitimité de l'intervention armée est admise sans conteste et précisée en ses règles fondamentales. Il nous faut

maintenant discuter l'opportunité même de l'acte opératoire dans les divers cas particuliers. Un malade présente une pleurésie enkystée dans une scissure. L'opération est-elle nettement indiquée ? Sinon, quelles sont les raisons mêmes de ces contre-indications ?

Il est des cas de pleurésie interlobaire caractérisés par une symptomatologie très réduite et des déterminations morbides peu accentuées. La fièvre est modérée, les symptômes généraux peu intenses, le retentissement sur l'économie peu marqué. En un mot, la maladie évolue, empreinte d'un cachet de bénignité exceptionnelle. D'ailleurs, la ponction exploratrice de la poche interlobaire a ramené un liquide séreux, séro-fibrineux ou même rendu purulent grâce à la présence de pneumocoques, micro-organismes que l'on sait être de virulence modérée et de vitalité précaire et transitoire. En pareil cas, il ne viendra à l'idée d'aucun clinicien de proposer d'emblée une intervention sanglante. Cet état pathologique ne relève que d'un traitement purement médical. Surveillez le malade, soumettez-le au régime lacté, aux diurétiques, à l'action des révulsifs, et vous ne tarderez pas à constater, dans la plupart des cas, la rétrocession prochaine et définitive du processus phlegmasique engagé.

Au contraire, après un envahissement bruyant, et souvent secondairement à une maladie infectieuse, un malade fait de la fièvre intense et continue, les symptômes généraux se montrent graves ; les signes physiques sont nets et pathognomoniques ; l'amaigrissement est rapide, la cachexie fait de rapides progrès. Il est évident que la dépréciation organique dont le malade souffre, et qui l'emportera si l'on n'intervient, est la conséquence de la continuelle résorption putride qui se fait au niveau du foyer d'infection interlobaire. Il n'est pas permis d'abandonner un tel malade aux seules ressources d'une médication purement interne. L'intervention immédiate est indiquée comme mesure de salut ; la pneumotomie s'impose avec

un caractère de rigueur technique absolue et d'urgence inéluctable.

Voilà deux cas extrêmes qui fournissent des indications thérapeutiques opposées et nettement définies. Aux divers intermédiaires cliniques correspondent des indications thérapeutiques que le clinicien tirera de la prédominance de chaque détermination du complexus symptomatique. Une plus grande précision nous paraît impossible. Il appartient au clinicien de juger en chaque cas particulier de l'opportunité de l'acte opératoire ; de dégager, en un mot, du complexus symptomatique qu'il envisage les indications thérapeutiques qui lui paraissent les plus rationnelles.

La technique opératoire de la pneumotomie comprend trois temps successifs : l'incision des parties molles, l'ouverture de la collection kystique, le drainage de la cavité interlobaire.

La question des adhérences unissant les feuillets pariétal et viscéral de la séreuse, domine l'intervention sanglante. Cette donnée pathologique présente une importance thérapeutique considérable. Les néoformations fibreuses interposées entre les feuillets de la séreuse qu'elles unissent comme par une véritable symphyse forment une sorte de gangue qui, après l'ouverture trans-pulmonaire, constituera une gouttière qui canalisera le pus et l'empêchera de fuser dans la grande cavité pleurale où il pourrait y déterminer tous les phénomènes d'un pyopneumothorax généralisé. — L'importance particulière des adhérences avait été entrevue par les anciens auteurs, lesquels cherchaient à les créer — quand elles n'existaient pas déjà, — par l'application réitérée de caustiques ou de cautères. Malgré la rigueur éprouvée d'une technique rompue à la chirurgie thoracique et la sécurité d'action qui confère une antisepsie scrupuleuse, il est aujourd'hui d'usage de s'assurer auparavant de l'existence possible des adhérences. L'aiguille d'un

trocart est enfoncée au niveau de la région correspondant à l'épanchement supposé. Des oscillations rythmées traduisent les mouvements d'expansion et de retrait d'un poumon libre d'adhérences. L'immobilité absolue de l'aiguille indicatrice montre, au contraire, que le poumon est bridé par des adhérences qui le fixent absolument et rendent invariables ses rapports avec la paroi costale. — D'ailleurs, la ponction préalable devient en même temps un signe diagnostique de la plus haute importance. En donnant issue à du liquide ou à des gaz, elle fournit au chirurgien des indications précises sur le siège de l'épanchement et, par suite, elle révèle l'endroit particulier où doit porter l'acte opératoire.

La localisation du siège de la lésion devra être faite de la manière la plus rigoureuse d'après les signes physiques et stéthoscopiques, les ponctions aspiratrices et la détermination préalable de la topographie scissuraire. L'épanchement siège-t-il à gauche, le doute n'est pas possible. La direction et les rapports de l'épanchement seront sensiblement ceux de la grande scissure, indiqués plus haut. Si la maladie siège à droite — cas le plus fréquent — le diagnostic devra se préciser davantage. Est-ce dans la grande scissure ou bien dans la petite scissure horizontale que se trouve l'épanchement purulent ? La percussion et l'auscultation, appuyées de notions exactes sur la topographie scissuraire, permettront de diagnostiquer sûrement le siège exact de la lésion et fixeront le point le plus favorable pour l'intervention sanglante.

La région où doit porter l'acte opératoire sera mise dans les meilleures conditions d'antisepsie possibles. La désinfection intégrale sera quelquefois d'autant plus malaisée à réaliser que la paroi thoracique aura été le siège d'une révulsion plus active et plus prolongée par les vésicatoires. La disparition par places de la couche d'épithélium protecteur et la dénudation du derme créent un milieu propice aux cultures mi-

crobiennes. La plaie sera devenue un foyer de pullulation et d'ensemencement pour les agents pathogènes et l'opération pourrait devenir une source d'infection pulmonaire si les règles de l'antisepsie n'étaient pas observées avec la plus rigoureuse exactitude. Le champ opératoire sera donc l'objet d'une toilette des plus minutieuses. Les lavages au savon noir, au sublimé, au permanganate de potassium, à l'alcool, à l'éther, constitueront les moyens antiseptiques les plus ordinaires et les plus favorablement mis en usage.

La question relative à l'anesthésie ne saurait prêter sujet à longue controverse. La plupart des chirurgiens font preuve d'une grande réserve en matière d'anesthésie appliquée à la chirurgie pulmonaire, en général, et ne pratiquent plus ordinairement qu'une insensibilisation relative et incomplète ou limitée à la région opératoire. Cette circonspection nous paraît judicieuse, et nous semble répondre exactement aux conditions particulières que présentent les malades. Il faut savoir tout d'abord que la lésion ne demeure pas invariablement confinée dans la scissure interlobaire : fréquemment le parenchyme pulmonaire participe, par voisinage ou par infection métastique, à la phlegmasie pleurale, et traduit son envahissement secondaire par des manifestations pathologiques de nature variée. Pour peu que soit accusé le trouble de fonctionnement pulmonaire, l'anesthésie — fût-elle incomplète et peu prolongée — peut augmenter l'insuffisance de l'oxygénation globulaire, et déterminer les phénomènes redoutables de la syncope ou d'une asphyxie irrémédiable. Du reste, il est à remarquer que le sang de ces malades est, d'ores et déjà, organiquement vicié et atteint en sa composition chimique même. Par suite de l'action réductrice exercée par la continuelle résorption des produits putrides, l'oxygène a partiellement quitté le globule, et une véritable anoxyhémie d'origine septique a pris naissance. Ces considérations pathologiques rendent

suffisamment compte des déplorables effets que doit produire sur l'organisme un « surcroît » de désoxygénation produite par des agents chimiques, comme les anesthésiques. La prohibition nous semble absolue au moins pour l'éther, dont l'influence néfaste sur les phlegmasies pleuro-pulmonaires en cours est depuis longtemps consacrée par de nombreux faits nécrologiques.

D'ailleurs, la réalisation d'une anesthésie relative est souvent recherchée par le chirurgien, lequel peut en retirer de réels avantages opératoires. En effet, dans ces conditions, le malade devient un auxillaire précieux pour le chirurgien. Lorsque l'incision de l'abcès pleural sera pratiquée, le malade pourra, par des efforts volontaires de toux ou par des expirations sagement combinées, aider à l'évacuation complète du contenu de la poche purulente. Si l'on ajoute aux diverses raisons prohibitives qui précèdent, la rapidité très grande de l'opération, on se demandera si vraiment la question d'anesthésie ne s'efface pas devant la question autrement importante d'intérêts bien entendus et de sécurité vitale qu'on doit au malade. — Du reste, les injections de cocaïne constitueront, dans la plupart des cas, un suffisant anesthésique local du champ opératoire. Les pulvérisations de liquides volatils — à la manière de Richardson — en produisant une réfrigération intense constitueront un moyen particulièrement efficace contre la douleur. Au cas peu probable, d'ailleurs, où le malade réclamerait à outrance l'anesthésie, on pourrait simplement « l'aveugler » par l'inspiration de quelques bouffées d'éther suffisantes pour produire une analgésie transitoire. Opérer vite sera alors le devoir d'un chirurgien habile et rompu à la pratique de la chirurgie pulmonaire.

L'incision des parties molles peut présenter les plus grandes variations possibles de forme et de dimensions. Elle est sans importance pratique et n'est soumise à aucune règle opéra-

toire définie. On exigera simplement d'elle qu'elle donne du jour et qu'elle ouvre une voie facile jusqu'à la poche interlobaire.

L'incision horizontale, dirigée suivant la direction générale d'un espace intercostal, a l'inconvénient de n'élargir que fort peu le champ opératoire, et cela en raison du rapprochement naturel des arcs costaux et du peu de mobilité de la peau sur la paroi costale. — L'incision verticale présente plus d'avantages ; à dimensions égales à la précédente, elle permet d'aborder la collection interlobaire selon une plus grande étendue : l'écartement plus facile des lèvres de la plaie et l'élargissement considérable du champ opératoire la recommandent spécialement à l'attention du chirurgien. — L'incision oblique, qui combine les procédés des deux méthodes, est indiquée de préférence dans le cas où l'on soupçonne un épanchement interlobaire de forme particulière, telle qu'un croissant à concavité supérieure.

Dans le but de permettre une voie d'accès plus facile vers la collection pleurale, les chirurgiens ont diversement modifié la forme des incisions, et ont imaginé ce que nous appellerons des « incisions combinées ». Celles qui sont le plus communément employées réalisent la forme d'un T droit ou renversé, d'une L, d'une Π. Certains auteurs donnent au lambeau la forme d'un U, à base supérieure adhérente et susceptible d'être relevé par un véritable mouvement de charnière, à la manière d'un opercule.

Le siège de l'incision variera évidemment avec celui de la scissure interlobaire intéressée. La détermination préalable de la topographie des scissures et de leurs rapports spéciaux avec la paroi costale indiquera la voie anatomique que devra suivre le chirurgien pour aborder le plus facilement l'épanchement kystique. — La phlegmasie est-elle localisée dans la grande scissure oblique droite ou gauche ? Le point de repère

le plus normal sera certainement le bord inférieur de la sixième côte. L'incision commencera à six centimètres environ de la ligne médiane du sternum et se continuera jusqu'au bord axillaire de l'omoplate, suivant une longueur de 11 à 12 centimètres : son milieu devra se trouver à peu près au niveau de la ligne axillaire moyenne, lieu d'élection le plus ordinaire pour l'exploration de la scissure. — L'épanchement a-t-il, au contraire, pour siège la petite scissure horizontale droite ? Le procédé d'incision applicable est analogue au précédent ; le siège seul diffère : l'incision devra porter au niveau du bord inférieur de la quatrième côte.

La résection d'un fragment de côte, voire même d'un plastron costal, est un temps opératoire dont l'indication est soumise à la variabilité très grande des cas cliniques.

Après l'incision intercostale large, il se peut qu'une lame pulmonaire soit propulsée excentriquement vers l'extérieur et vienne pour ainsi dire faire hernie à travers les lèvres de la plaie qu'elle obture. La collection kystique se présente alors spontanément à la pointe de l'instrument tranchant sur laquelle elle s'incise elle-même : l'écoulement du liquide purulent est facile et la désinfection de la cavité pleurale peut être aisément réalisée. En ce cas de technique simple, la résection costale est un surcroît opératoire bien inutile et qui ne pourrait que compliquer dangereusement une intervention qui présente elle aussi sa part de dangers inhérents. — Dans d'autres cas, au contraire, la poche interlobaire est difficilement accessible, ou bien de dimensions considérables et cloisonnée en multiples clapiers de désinfection malaisée : il est formellement indiqué ici de recourir à la résection costale. Un fragment de côte, préalablement dénudé du périoste qui la recouvre, sera réséqué à la cisaille, selon une étendue de dix à douze centimètres. Dans le cas récemment opéré par M. le professeur Forgue, deux côtes durent être réséquées suivant une longueur de

10 centimètres environ, pour permettre une exploration manuelle commode et un facile écoulement de la collection pathologique.

L'incision, en forme d'H, de la plèvre pariétale permettra au chirurgien de reconnaître s'il existe des adhérences qui unissent, en une véritable symphise, les deux feuillets de la séreuse. Au cas, peu fréquent d'ailleurs, où les adhérences ne seraient pas déjà établies, on aura soin de suturer, au préalable, la séreuse viscérale à la séreuse pariétale, de façon à empêcher toute communication possible avec la grande cavité et prévenir ainsi la production d'un pyopneumothorax. — Un chirurgien absolument certain d'une technique opératoire irréprochable pourrait seul outrepasser ces indications et achever l'intervention en prenant soin toutefois d'isoler complètement la grande séreuse par des bourdonnets de gaze iodoformée ou salolée, disposés en couches fortement tassées.

L'existence de la tumeur kystique étant nettement constatée par la vue et le toucher, le chirurgien va à la recherche de la scissure interlobaire. Il est de règle aujourd'hui de ménager, si possible, le parenchyme pulmonaire et de créer de préférence au pus une voie d'évacuation à travers un tissu fibreux, peu vasculaire et peu prédisposé, par nature, à une résorption active. On essaiera le décollement des bords de la scissure, soit à l'aide des doigts, soit à l'aide d'une sonde cannelée ou d'un manche de scalpel. Ajoutons toutefois que la recherche de la scissure interlobaire n'est pas toujours chose facile, cette ligne se trouvant confondue au milieu d'une gangue de tissu de néoformation fibreuse, travaillée par l'inflammation chronique : un « profil noir » se détachant sur le fond plus ou moins rosé du parenchyme serait un signe distinctif rigoureux, mais rarement rencontré dans la pratique.

Le plus ordinairement on n'arrivera jusqu'à l'épanchement kystique qu'en attaquant le tissu même de l'organe.

L'incision franche, au bistouri, d'une lame de tissu pulmonaire, n'est pas sans offrir quelques dangers plus ou moins immédiats. Indépendamment de la possibilité d'infection rapide par la voie veineuse ou d'embolies septiques déversées dans les viscères, l'irruption brusque dans les bronches de liquide sanguin ou purulent, peut être la source d'une série d'accidents dont le plus redoutable est certainement la syncope ou l'asphyxie foudroyante. Aussi a-t-on imaginé de pratiquer une pneumotomie aussi exsangue que possible : et l'on arrive à ce résultat en laissant le bistouri pour le thermo-cautère, lequel, modérément chauffé, réalise en même temps que la division des tissus, une hémostase des plus parfaites.

L'ouverture de la collection pleurale assurera l'évacuation extemporanée du liquide pathologique. Les secousses de toux et les efforts d'expiration du malade exprimeront au dehors tout le contenu purulent de la plèvre. Un tampon monté sur pince longue et imprégné de solution de chlorure de zinc au vingtième touchera les parois de l'abcès interlobaire et détergera sur place tous les foyers de l'infection septique.

La question des lavages de la poche pleurale est diversement interprétée par les auteurs. Certains chirurgiens s'abstiennent systématiquement de laver la cavité interlobaire, à cause du passage facile du liquide injecté dans les canaux bronchiques et des dangers d'asphyxie qui peuvent en résulter. D'autres auteurs, au contraire, outrepassent à ces craintes, estimant que les lavages de la poche interlobaire s'imposent lorsque l'épanchement est franchement purulent, à odeur fétide gangréneuse ou bien, à plus forte raison, lorsque l'expectoration présente des lambeaux de tissu conjonctif ou des fibres élastiques, témoins irrécusables d'une désintégration anatomique redoutable. Le chirurgien jugera de l'opportunité des lavages d'après les indications qu'il tirera de la nature micro-

scopique et bactériologique de la sécrétion, de sa quantité, de l'existence de cloisonnements multiples de la poche et de la possibilité d'une rétention purulente. Quoi qu'il en soit, si le chirurgien se détermine à pratiquer les lavages, il ne devra se servir que de liquides aseptiques plutôt qu'antiseptiques, et cela sous une pression très réduite ; ces quelques précautions, suffiront ordinairement pour éviter les dangers d'asphyxie et de propagation de l'infection septique aux parties voisines du parenchyme pulmonaire.

Le drainage de la cavité — déjà préconisé par Hippocrate — recueille l'unanimité des suffrages des chirurgiens. En permettant l'évacuation permanente et large du liquide pathologique, il pare aux accidents possibles de la rétention septique. Un gros tube de caoutchouc rouge vulcanisé, très flexible et préalablement désulfuré par ébullition dans une solution alcaline, assurera, dans la plupart des cas, l'écoulement facile et continu des produits sécrétés dans la poche pathologique.

Il peut arriver, néanmoins, que le drain soit mal supporté, en raison même de sa trop grande rigidité et de son action irritante sur les parties phlegmasiées : ou bien encore ce mode de drainage peut paraître insuffisant à un chirurgien qui cherche à réaliser une antiseptisation absolue de la cavité interlobaire. Si l'on se résout alors à pratiquer un véritable « Mickulicz », les gazes médicamenteuses diverses, rendues souples et onctueuses suivant les judicieux procédés du professeur Gay, de Montpellier, seront assurément les plus recommandables et répondront le mieux aux desiderata de la pratique chirurgicale. Leur qualité de souplesse et d'onctuosité permet leur insinuation facile jusque dans les moindres « diverticula » de la poche kystique et assure ainsi, par la volatilisation progressive du principe actif, l'antiseptisation continue et parfaite des moindres anfractuosités du foyer d'infection interlobaire.

Un pansement rigoureusement antiseptique et maintenu par

un bandage de corps légèrement compressif garantira le champ opératoire contre tout élément d'infection.

Les suites de l'opération sont généralement des plus simples. La fièvre tombe rapidement : le malade recouvre son appétit, les forces reviennent progressivement, la suppuration diminue peu à peu et finit par disparaître.

Dans les cas ordinaires, la guérison est complète dans le délai d'un mois à six semaines.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 25 février 1898.
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université délégué,
L. VIALLETON.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 25 février 1898.
Le Doyen,
L. VIALLETON

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BARON . . . . Th. Paris, 1841.

BAYLE . . . . Recherches sur la phtisie pulmonaire. 1810.

CAYOL . . . . *Ancienne Bibliothèque médicale*, t. LX.

CHOMEL. . . . *Dictionnaire* en 30 volumes. (Art. *Pleurésie.*)

CONSTANT. . . . *Gazette Médicale*, 1834.

CRUVEILHER. . *Dictionnaire* en 15 volumes. (Art. *Pleurésie.*)

DELAGENIÈRE . *Archives provinciales de Chirurgie.* (Paris, 1894.)

DUMONTPAILLER Observation de pneumonie compliquée de pleurésie purulente interlobaire. (*Progrès Médical*, 1892.)

EICHHORST. . . Traité de diagnostic médic. (trad. de Maïfan et Weiss). Paris, 1890.

FONZES-DIACON. Etude expérimentale du gaïacol et de quelques-uns de ses éthers. (Th. Montpellier, 1897.)

FORGUE et RECLUS. *Thérapeutique Chirurgicale*, 1898.

GAY . . . . . Etude sur la gaze phéniquée et sur un procédé général de préparation de gazes médicamenteuses. (*Nouveau Montpellier Médical*, 1892.)

HARDY . . . . Pleurésie purulente interlobaire droite. (*Progrès Médical*, 1882.)

JŒSSEL. . . . Anatomie topographique chirurgicale. (Bonn, 1889.)

LAENNEC . . . Traité de l'auscultation médiate.

LETULLE . . . Pleurésie purulente interlobaire gauche suppurée. (Société Médicale des Hôpitaux de Paris.)

LHERMINIER. . Cliniques recueillies par Andral, t. II.

LUSCHKA . . . Anatomie de l'homme. (Tubingen, 1864.)

MARTINELLI . . De la pleurésie interlobaire aiguë. (Th. Paris, 1885.)

MARTINEZ MESA Pleurésie interlobaire suppurée. (Th. Paris, 1889.)

MONNERET . . . In *Compendium.* (Art. *Pleurésie.*)

NETTER. . . . Société médicale des Hôpitaux; 1889.
PAILHAS . . . Contribution à l'étude de la pleurésie interlobaire suppurée. (Th. Paris, 1889.)
PERRIER . . . Etude sur la pleurésie interlobaire suppurée. (Th. Paris, 1878.)
POTAIN . . . . La pleurésie interlobaire. (*Union Médicale*, 1892.)
PRENGRUEBER . Académ. de Méd., séance du 19 octobre 1886.
ROCHARD . . . Topographie des scissures interlobaires du poumon. (*Gaz. des Hôpitaux*, 1892.)
TEALE . . . . Pneumotomie pour pleurésie interlobaire. (*The Lancet*, 1884.)
TERRIER . . . Chirurg. de la plèvre pulmonaire. (*Prog. Médic.*, 1896.)
— La Pneumotomie, *ibid.*
THIRIAR. . . . Compte-rendu de l'Académie de Médecine de Belgique, 27 novembre 1886.
TROUSSEAU . . *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, t. I, p. 760.
TRUC. . . . . Th. de Lyon, 1885.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !